

TEN.-CEL. QOPM LUIZ HENRIQUE POMBO DO NASCIMENTO

**A PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA NA GESTÃO DE RISCOS E
PREVENÇÃO DE DESASTRES**

Monografia apresentada por exigência curricular do Curso de Especialização Superior de Polícia Militar em convênio com a Universidade Federal do Paraná, para obtenção do título de Especialista em Estratégias em Segurança Pública.

**Orientador: Américo Augusto Nogueira Vieira,
D.Sc.**

CURITIBA

2007

Dedico esta pesquisa ao meu pai Gabriel Querino do Nascimento, minha mãe Marília Regina Pombo do Nascimento, que com muito carinho e dedicação permitiram meu acesso às bases da educação e do conhecimento, ferramentas fundamentais para meu crescimento pessoal e intelectual.

Também a minha esposa Adriana Carla Vieira Rosa, companheira que tem possibilitado com seu apoio e estímulo a busca de novos horizontes, ao nosso crescimento e desenvolvimento humano.

Aos meus filhos Fábio, André, Victor e Vivian, que têm em muito colaborado com sua compreensão em relação ao tempo que dedico aos estudos e trabalhos.

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor Américo Augusto Nogueira Vieira, mais que orientador metodológico nosso amigo para as horas difíceis em que, por muitas vezes sentia dificuldade para chegar ao término desta etapa.

Ao Tenente Coronel Antonio Luiz Ferreira da Silva, orientador de conteúdo, mais que um orientador, colega de turma, ao qual sempre tive apreço e admiração.

A todos os colegas que deixamos ao concluirmos este curso, um até breve com a certeza de que rompemos barreiras. Procuremos sufocar a saudade que sentiremos ao deixar o nosso convívio diário.

FRUTOS DO AMANHÃ

“Quando praticamos uma boa ação, não devemos esquecer que os frutos podem ser tardios, mas certos. Uns plantam a semente da couve para o prato de amanhã; Outros, a semente do carvalho, para o abrigo do porvir”.

(Rui Barbosa)

Monografia apresentada ao Departamento de Contabilidade, do Setor de Ciências Sociais Aplicadas, da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Estratégia de Doutorado em Segurança Pública.

A PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA NA GESTÃO DE RISCOS E PREVENÇÃO DE DESASTRES

Tenente Coronel Luiz Henrique Pombo do Nascimento

Curitiba/2007

Orientador Metodológico: Professor Doutor Américo Augusto Nogueira Vieira

Orientador de Conteúdo: Tenente Coronel Antonio Luiz Ferreira da Silva

Programa: Convênio UFPR/PMPR (Academia Policial Militar do Guatupê)

RESUMO

Este estudo preconiza observar as diretrizes e os objetivos dos Programas de Agente Comunitário de Saúde e Saúde da Família, desenvolvidos pelo Sistema Único de Saúde, em especial a proposta de perfil de competências profissionais dos integrantes dos referidos programas; bem como observar as diretrizes, objetivos e organização do Sistema Nacional de Defesa Civil. A Pesquisa foi realizada através do estudo de informações obtidas em inúmeras publicações que versam sobre os temas, e da legislação que dispõe sobre as organizações do Sistema Nacional de Defesa Civil e do Sistema Único de Saúde, em especial dos programas de agentes comunitários de saúde e saúde da família, com o objetivo de propor a integração das ações desenvolvidas pelo Sistema Nacional de Defesa Civil e Sistema Nacional de Saúde, uma vez que este último possui grande capilaridade junto à comunidade brasileira, através dos programas de agente comunitário de saúde e saúde da família, o que poderá ampliar e muito a capacidade de prevenção e minimização de desastres, em todos os municípios do país. Ao propor a integração das ações dos Sistemas de Saúde e Defesa Civil se vislumbra a melhoria da qualidade dos serviços prestados à população por estes sistemas através da adequação das estruturas atuais e capacitação dos envolvidos. Também propor ao Ministério da Integração Nacional e Ministério da Saúde a formulação de políticas de implementação de banco de dados e instrumentos de coleta de dados unificados, nas áreas de

de saúde e de saúde da família, para realização dessas atividades. Como metodologia para esta monografia foi utilizada a pesquisa qualitativa, mediante o estudo da bibliografia sobre o tema e a legislação pertinente ao assunto. A pesquisa indica deficiências no Sistema Nacional de Defesa Civil, pois apesar de possuir em sua organização hierárquica as Comissões Municipais de Defesa Civil – COMDEC, estas ainda não estão instrumentalizadas para promover ações de Redução de Desastres; através de ações para prevenção de desastres, preparação para emergências e desastres; resposta aos desastres e reconstrução; como preconiza a política Nacional de Defesa Civil. Destacou-se a necessidade de integrar as equipes dos Programas de Agente Comunitário de Saúde e Saúde da Família, que já se encontram organizados em todos os municípios brasileiros, atendendo praticamente a toda população, às ações de Defesa Civil, estas equipes, após capacitação específica, podem integrar as COMDEC, ampliando de forma significativa a capacidade de atender as demandas para redução de desastres, abrangendo os aspectos globais da prevenção, preparação, resposta e reconstrução. Cabe aos Ministérios da Integração Nacional e da Saúde propor as diretrizes para integração de suas ações, buscando a ampliação da capacidade de resposta das ações de Saúde e de Defesa Civil. Com esta pesquisa acredita-se estar contribuindo para uma melhor eficiência e eficácia das ações de Defesa Civil e Saúde nos municípios brasileiros. Ressalta-se que a capacitação dos profissionais envolvidos tende a impactar de maneira positiva às ações de Defesa Civil de prevenção, preparação, resposta e reconstrução, como as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, visando garantir qualidade de vida aos brasileiros.

Palavras chave: agentes. Defesa. Nacional. Desastres.

Abstract of monograph presented to the Accounts department, of the Sector of Applied Social Sciences, of the Federal University State of the Paraná as requisite partial to the attainment of the heading of Specialist in Strategy of doctor degree in Public Security.

THE COMMUNITARIAN PARTICIPATION IN THE MANAGEMENT OF RISKS AND PREVENTION OF DISASTERS

Tenente Coronel Luiz Henrique Pombo do Nascimento
Curitiba/2007

Methodological Advisor: Professor Américo Augusto Nogueira Vieira D.Sc.

Content Advisor: Tenente Coronel Antonio Luiz Ferreira da Silva

Program UFPR/PMPR (Academia Policial Militar do Guatupê) accord

ABSTRACT

This study it praises to observe lines of direction and objectives of the Programs of Communitarian Agent of Health and Health of the Family, developed for the Only System of Health (Brazilian system of health), in special the proposal of profile of professional abilities of the integrant ones of the related programs; as well as observing the lines of direction, objectives and organization of the National System of Civil Defense. The Research was carried through the study of information gotten in innumerable publications that turn on the subjects, and of the legislation that make use on the organizations of the National System of Civil Defense and of the Only System of Health, in special of the programs of communitarian agents of health and health of the family, with the objective to consider the integration of the actions developed for the National System of Civil Defense and National System of Health, a time that this last one get great capillarity next to the community Brazilian, through the programs of communitarian agent of health and health of the family, what it will be able to very extend and the prevention capacity and diminish de effects of disasters, in all the cities of the country. When considering the integration of the actions of the Systems of Health and Civil Defense it is glimpsesed the improvement of the quality of the services provided to the population for these systems through the adequacy of the current structures and qualification of the involved ones. Also, to consider to the Ministries of the National Integration and of the Health the formularization of politics of implementation of data base and instruments of collection of unified data, in the areas of common interest, enabling the teams of the programs of communitarian agents of health and health of the family, for

accomplishment of these activities. As methodology for this monograph the qualitative research was used, by means of the study of the bibliography on the subject and the pertinent legislation to the subject. The research indicates deficiencies in the National System of Civil Defense, therefore although to possess in its hierarchic organization the Municipal Commissions of Civil Defense, they have not been prepared yet to promote action to reduction the effects of disasters; through preventive actions arrangements to emergencies and disasters; reactions to the disasters and reconstruction; as it praises the National Policy of Civil Defense. It was distinguished necessity to integrate the staff of both programs, Communitarian Agent of Health and Health of the Family, who already are organized in all the Brazilian cities, practically taking care of to all the population, and the actions of Civil Defense. These teams, after a specific qualification, can integrate the Municipal Commissions of Civil Defense, increasing the capacity of reaction to the demands of reduction of effect of the disasters, enclosing the global aspects of the prevention, preparation, reaction and reconstruction. It fits to the Ministries of the National Integration and the Health to consider the guidelines to integrate their actions, trying to magnifying of the capacity of answer to the actions of Health and Civil Defense. With this research it is given credit to be contributing for one better efficiency and effectiveness of the actions of Civil Defense and Health in the Brazilian cities. It is stood out that the qualification of the involved professionals tends to have a positive impact in the actions of Civil Defense of prevention, preparation, reaction and reconstruction, as the actions of prevention, promotion and recovering of the health, in order to guarantee quality of life to the Brazilians.

Key words: agent. Defense. National. Disasters.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Número total de equipes de saúde da família e percentual segundo área de atuação da equipe por unidade da federação, Brasil, 2002-2004	54
TABELA 2 – Número total de equipes de saúde da família e percentual segundo número de agentes comunitários de saúde, por unidade da federação, Brasil, 2002 – 2004	55
TABELA 3 – Número total de equipes de saúde da família e percentual segundo faixa salarial dos agentes comunitários de saúde, por unidade da federação, Brasil, 2002 – 2004	56

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AIH – Autorização de Internação Hospitalar

AIS – Ações Integradas de Saúde

CEAP – Centro de Educação e Assessoramento Popular

CEDEC – Coordenadoria Estadual de Defesa Civil

CEPED – Centro de Estudos e Pesquisas Sobre Desastres

CIB – Comissão Intergestora Bipartite

CIT – Comissão Intergestora Tripartite

CODAR – Codificação de desastres, ameaças e riscos

COMDEC'S – Comissões Municipais de Defesa Civil

CONDEC – Conselho Nacional de Defesa Civil

COREDEC – Coordenadoria Regional de Defesa Civil

DATASUS – Centro de Processamento de Informações SUS

DIA – Diabete

ESF – Equipe da Saúde da Família

FUNCAP – Fundação Nacional para Calamidades Publicas

GES – Gestante

GPAB – Gestão Plena de Atenção Básica

GPSM – Gestão Plena do Sistema Municipal

HA – Hipertensão

HAN – Hanseníase

INAMPS – Instituto Nacional de Medicina e Previdência Social

MIN – Ministério da Integração Nacional

MS – Ministério da Saúde

NOB – Normas Operacionais Básicas

NUDEC – Núcleo de Defesa Civil

ONG'S – Organizações Não Governamentais

PACS – Programa de Agentes Comunitários

PMA – Relatório de Produção e Marcadores para Avaliação

PAIS – Programa de Ações Integradas de Saúde

PREV – Saúde – Programa de prevenção

SF – Saúde da Família

SAI/SUS – Sistema Ambulatorial de Informações

SEDEC – Secretaria de Defesa Civil do Ministério da Integração Nacional

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SEPLAN – Secretaria de Planejamento, Orçamento e Coordenação da Presidência da República

SIAB – Sistema de Informações da Atenção Básica da Saúde

SINDEC – Sistema Nacional de Defesa Civil

SSA – Situação de Saúde e Acompanhamento das Famílias

SUDS – Sistema Unificado Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família

UFPR – Universidade Federal do Paraná

SUMARIO

1 INTRODUÇÃO	15
1.1 OBJETIVOS.....	18
2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	20
2.1 CARACTERIZAÇÕES DA PESQUISA.....	20
2.2 INSTRUMENTOS DE PESQUISA	20
2.3 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	20
2.4 ORGANIZAÇÕES DO ESTUDO	21
3 REVISÃO TEÓRICA	23
3.1 DEFESA CIVIL NO BRASIL.....	23
3.1.1 POLÍTICA NACIONAL DE DEFESA CIVIL	24
3.1.2 SISTEMA NACIONAL DE DEFESA CIVIL	28
3.1.3 COMISSÕES MUNICIPAIS DE DEFESA CIVIL – COMDEC.....	30
3.2 ASPECTOS DE LEGISLAÇÃO E DOS PROGRAMAS DE AGENTES COMUNITÁRIOS	34
3.2.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS E PREVENÇÃO.....	35
3.2.2 PROGRAMA AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE	42
3.2.3 PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA	48
3.3 A IMPORTÂNCIA DA INTEGRAÇÃO DAS AÇÕES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE E DEFESA CIVIL, PARA MITIGAR OS DESASTRES.....	56
3.3.1 SUBSÍDIOS PARA A PROPOSTA DE INTEGRAR AÇÕES DA DEFESA CIVIL E SAÚDE	57
3.3.2 CAPACITAR PARA EFETIVAR E INTEGRAÇÃO DO MINISTÉRIO DE INTEGRAÇÃO NACIONAL E MINISTÉRIO DA SAÚDE.....	62
4 CONCLUSÃO	67
5 REFERÊNCIAS	74
ANEXO A.....	77
ANEXO B.....	83
ANEXO C.....	84

1 INTRODUÇÃO

A preocupação do ser humano com sua segurança, numa visão coletiva, tem origem nos primeiros agrupamentos humanos, evoluindo com o aumento do conhecimento e da própria experiência atuando na ocorrência dos eventos. Somente a partir da Primeira Guerra Mundial que este tipo de preocupação começou a gerar medidas mais efetivas e sistemáticas de organização de estruturas de Defesa Civil.

No Brasil a ocorrência de calamidades cíclicas, como as secas, inundações e outros eventos ocasionais, associada ao conhecimento de organizações de Defesa Civil em outros Países, estimularam o Congresso Nacional a incluir na Constituição Brasileira, promulgada em 24 de janeiro de 1967, a responsabilidade da União pela organização da Sociedade para defesa permanente contra Calamidades Públicas. A Emenda Constitucional ratificada no item XIII do artigo 8 da Emenda Constitucional de 17 de outubro de 1969 resultou no desencadeamento de outras leis e decretos, que instituíram e estruturaram o Sistema de Defesa Civil em seu modelo atual.

Desse modo, a Constituição da República Federativa do Brasil (1988) estabelece, no título III, capítulo II, artigo 21, inciso XVIII que “Compete a União: planejar e promover a defesa permanente contra as calamidades públicas, especialmente secas e inundações”.

A Defesa Civil deixa de atuar apenas em resposta às situações de emergência e de calamidade, devendo produzir ações efetivas para prevenção de desastres e reconstrução das áreas afetadas por desastres.

Com estas novas e fundamentais diretrizes, é criado em 16 de agosto de 1993, através do Decreto nº. 895 o Sistema Nacional de Defesa Civil (SINDEC), tendo como objetivos:

Planejar e promover a defesa permanente contra desastres naturais ou provocados pelo homem.

Prevenir ou minimizar danos, socorrer e assistir populações atingidas e recuperar áreas deterioradas por desastres.

O Brasil não possui um sistema de informações amplo, atualizado e organizado, com dados confiáveis e que possibilitem ações mais eficientes e eficazes nas atividades de prevenção, preparação, resposta e reconstrução em situações de desastre, ações estas realizadas pela Defesa Civil em seus níveis de organização e hierarquia.

Num país de dimensões continentais e de acentuada diversidade climática e de relevo, torna-se ainda mais complexo o conhecimento e a compreensão dos fatores que atuam nas ocorrências de desastres, em especial nas regiões de maior concentração populacional.

O reduzido nível de interação e integração intersetorial entre as várias áreas de atuação do governo, nas esferas municipal, estadual e federal, com a defesa civil em seus níveis de hierarquia organizacional, amplia a probabilidade de danos e prejuízos com a ocorrência de diferentes tipos de desastres.

A integração entre as principais áreas de atuação do governo na busca de uma ação de prevenção e resposta a desastres mais eficazes e eficientes, é a condição importante, mas não suficiente para reduzir para níveis mínimos os danos provocados pelos desastres. Para tal, cabe ao município, como e onde efetivamente ocorre o evento, devendo estar preparado para fazer frente às adversidades.

Como vemos, a Defesa Civil deve atuar ao “Planejamento para prevenir ou minimizar os danos praticados pelos desastres, sejam materiais, humanos ou sociais”, mas “para planejar é necessário ter acesso permanente a informações sempre atualizadas e confiáveis” sobre as possíveis situações de risco em todas as regiões do país. No entanto a Defesa Civil está presente, através das Comissões Municipais de Defesa Civil (COMDEC’S), somente em 30% dos 5.507 municípios brasileiros, e na maioria com estrutura reduzida e somente burocrática, evidenciando uma grande deficiência na obtenção de dados adequados à população, de

informações necessárias a uma ação eficiente e eficaz na prevenção ou minimização de desastres.

A integração das ações da Defesa Civil com as outras estruturas públicas ou privadas da sociedade poderá ampliar muito a capacidade de prevenção e minimização de desastres, em especial se esta integração ocorrer com o Ministério da Saúde, que possui unidades de saúde do Sistema Único de Saúde – SUS em todos os municípios do país.

O Ministério da Saúde criou em 1994 o Programa Saúde da Família – PSF que trabalha com território de abrangência definido, sendo responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população vinculada (adscrita) a cada área. Ainda em 1991 é implementado no Brasil o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS, mas somente em 10 de julho de 2002, através da Lei nº 10.507 é regulamentada a profissão de agente comunitário de saúde, que deverá realizar atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, por meio de ações educativas em saúde nos domicílios e coletividade, em conformidade com as diretrizes do SUS, e com o objetivo de estender o acesso às ações e serviços de informações e promoção social e de proteção da cidadania.

Observando as diretrizes e os objetivos dos programas de agentes comunitários de saúde e saúde da família do Sistema Único de Saúde – SUS, podemos propor uma integração das ações destes programas com a Defesa Civil, para atender a demanda por dados e informações, além de ações educativas e de cidadania que ampliem a capacidade de prevenção e minimização de desastres, objetivo primeiro da defesa civil.

A fim de atender os objetivos, optou-se pela elaboração de uma proposta de integração das ações das COMDEC'S com as ações das equipes dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde e Saúde da Família do SUS, com vistas a ampliar a capacidade de obtenção de dados e informações, promovendo ações de prevenção e minimização de desastres mais eficientes e eficazes.

1.1 OBJETIVOS

Propor estratégias e ou medidas necessárias para integrar às ações dos programas de Agentes Comunitários de Saúde e Saúde da Família/SUS, as ações de Defesa Civil.

Avaliar e propor adequações dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde e Saúde da Família/SUS, às necessidades da Defesa Civil.

Avaliar possíveis alterações da estrutura organizada das COMDEC'S para facilitar a obtenção dos dados e informações do PACS/PSF-SUS.

Propor estratégias educativas para capacitação inicial e permanente dos profissionais das PACS/PSF-SUS visando a atender a demanda da Defesa Civil relativa a prevenção e minimização de desastres.

Ampliar o banco de dados e informações da Defesa Civil, para possibilitar maior eficiência e eficácia nas ações de prevenção e minimização de desastres.

Propor o desenvolvimento de estudos e pesquisas que ampliem o conhecimento sobre os riscos de desastres nas comunidades.

Prever a participação da população e contratação dos meios de comunicação para campanhas educativas sobre prevenção e minimização de desastres.

Atualmente, dos 5.507 municípios brasileiros, somente 30% possuem comissões municipais de Defesa Civil - COMDEC.

A COMDEC é formada pelas autoridades locais, líderes comunitários, membros de setor privado, organizações não governamentais – ONG'S e voluntários. No entanto, voluntário da Defesa Civil ou não, cada membro de uma comunidade deve estar preparado para proteger a vida e o patrimônio, porque a qualquer momento e em qualquer lugar, pode ocorrer um desastre.

Esta situação reforça a necessidade de integrar as ações dos profissionais dos programas de saúde da família e agentes comunitários da saúde/SUS com as ações das COMDEC'S, inclusive como embrião para formação dessas COMDEC'S, na grande maioria dos municípios brasileiros que ainda não organizaram suas comissões municipais de defesa civil; uma vez que estes profissionais do SUS estão em todos os municípios do país e realizam ações de educação para prevenção de doenças, levantamento de dados acompanhamento de casos, entre outras ações na área de saúde.

As características das ações dos programas PSF E PACS/SUS convergem com as propostas da Defesa Civil nas ações de prevenção e minimização de desastres, pois para o sucesso destas ações é crucial o acesso aos dados e informações, a educação e sensibilização permanente dos cidadãos de cada município brasileiro. Os princípios do Sistema Único de Saúde SUS e sua efetivação em todos os municípios do país, tendo como importantes estratégias PSF e o PACS, motiva a tornar esta compatibilidade de objetivos uma aliança estratégica efetiva e organizada.

O trabalho aqui proposto pretende oferecer alternativas de ações e ou medidas para integrar as ações das COMDEC com as ações das equipes dos programas de agentes comunitários de saúde e Programa de Saúde da Família/SUS, na efetivação de ações para a produção e minimização de desastres em todos os municípios do país.

O presente trabalho pode ser de grande valia para o sistema nacional de defesa civil – SINDEC, que poderá fazer-se presente em todos os municípios brasileiros e construir banco de dados permanentes e atualizados, além de sensibilizar e educar os cidadãos para a prevenção de desastres.

2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

2.1 CARACTERIZAÇÕES DA PESQUISA

Estudo de natureza exploratória e descritiva de natureza qualitativa.

2.2 INSTRUMENTOS DE PESQUISA

Como metodologia para este produto de pesquisa foi utilizada a pesquisa qualitativa.

A pesquisa bibliográfica foi utilizada como instrumento de coleta de dados, para o entendimento dos objetivos e ações dos programas de PSF e PACS/SUS e da política Nacional de Defesa Civil.

A pesquisa demonstrou que há grande convergência de interesses entre as diretrizes nacionais de defesa civil e os programas PSF e PACS/SUS, especialmente as que se referem ao tema prevenção.

2.3 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

- 1- Após leitura e análise do material bibliográfico observar a viabilidade de ações conjuntas entre o SINDEC e os programas PSF/PACS/SUS, tais como:
- 2- Propor instrumentos de coleta de dados para estudo de riscos de desastres e problemas de saúde através da territorialização com vistas a elaboração dos planos diretores de desenvolvimento municipal.
- 3- Propor a implantação de um sistema de dados e informações único, objetivando uma melhor difusão do conhecimento sobre a realidade brasileira, no que diz respeito a saúde e desastres.

- 4- Propor um sistema comum de vigilância para acompanhamento das vulnerabilidades e riscos.
- 5- Propor projetos de desenvolvimento e capacitação dos recursos humanos de PSF e PACS/SUS, com prioridade para os municípios com maior risco de desastres.
- 6- Propor a inclusão de conteúdos relativos à Defesa Civil, que atendam as demandas a seguir mencionadas, valorização da vida, primeiros socorros e reanimação cardiopulmonar, nos cursos de PSF e PACS/SUS.
- 7- Propor diretrizes gerais para pactuação e implementação de planos de atuação integrada entre Defesa Civil e os Programas PSF e PACS/SUS nos estados e municípios.

2.4 ORGANIZAÇÕES DO ESTUDO

Após análise de dados, a pesquisa foi organizada em três itens:

1- DEFESA CIVIL NO BRASIL

- a) Política Nacional de Defesa Civil;
- b) Sistema Nacional de Defesa Civil;
- c) Comissões Municipais de Defesa Civil – COMDEC'S.

2- ASPECTOS DA LEGISLAÇÃO DO SUS E DOS PROGRAMAS DE AGENTES COMUNITÁRIOS:

- a) Sistema Único de Saúde – SUS e Prevenção;
- b) PACS – Programa de Agente Comunitário de Saúde;

c) PSF – Programa de Saúde da Família.

3- A IMPORTÂNCIA DA INTEGRAÇÃO DAS AÇÕES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE E DA DEFESA CIVIL PARA MITIGAR OS DESASTRES

a) Subsídios para Proposta de Integrar as Ações da Defesa Civil e Saúde;

b) Capacitar para Efetivar a Integração do Ministério da Integração Nacional e

c) Ministério da Saúde.

3 REVISÃO TEÓRICA

O Histórico dos grandes eventos adversos ocorridos pelo mundo nos mostra a fragilidade dos organismos responsáveis em fazer frente a estas adversidades, minimizando os riscos e danos causados à população.

3.1 DEFESA CIVIL NO BRASIL

Após o ataque japonês à base americana de Pearl Harbour, em 07 de dezembro de 1941, o Governo Brasileiro, (Estado Novo – Presidente Vargas) através do Decreto Lei nº 4.098, de 06.02.1942, define como encargos necessários à defesa da pátria os Serviços Passivos de Defesa Antiaérea. O referido Decreto determinava instrução obrigatória sobre assunto e definia algumas tarefas específicas, para homens e mulheres, brasileiros ou estrangeiros acima de 16 anos. Os menores de 16 anos e incapazes ficavam sob responsabilidade dos pais ou tutores. Também determinava algumas tarefas aos empregados e empregadores, imprensa, serviços públicos, etc. Os serviços consistiam em receber instrução, recolher-se a abrigos, atender alarmes, extinguir luzes, construir abrigos em edifícios destinados a hotéis, hospitais, casas de diversão, estabelecimentos comerciais e de ensino, entre outros. Os empregadores deveriam comprar equipamentos de proteção individual a seus funcionários, que após ressarciam o valor pago parceladamente. Proporcionava todas as 27 facilidades para divulgação dos comunicados e informações necessárias à população. Previa multa e prisões em caso de descumprimento.

O Decreto-Lei nº 4.624, de 26.08.1942 criou o Serviços de Defesa Passiva Antiaérea, integrado por serviços públicos a serem organizados, para o aproveitamento dos órgãos federais, estaduais e municipais, já existentes, e por serviços privados.

O Decreto-Lei nº 4.716, de 21.09.1942 e o Decreto-Lei nº 4.800, de 06.10.1942, criavam a Diretoria Nacional do Serviço de Defesa Passiva Antiaérea e

tornava obrigatório o assunto em todos os estabelecimentos de ensino, respectivamente.

Através do Decreto-Lei nº 5.861, de 30.09.1943, em função da evolução dos fatos e conceitos este serviço passa a denominar-se Serviço de Defesa Civil.

Terminada a 2ª Guerra, através do Decreto-Lei nº 9.370, de 17.06.1946, extinguiu-se o Serviço de Defesa Civil, mas determinou-se que os encargos previstos no do Decreto Lei nº 4.098, de 06.02.1942, fossem cumpridos pelas pessoas naturais ou jurídicas, de acordo com as instruções do Ministério da justiça. A Europa continua trabalhando o tema: “Defesa Civil”, com enfoque na prevenção de grandes catástrofes e controle de danos da área de retaguarda.

Após a 2ª Guerra, alguns países da Europa perceberam que os serviços prestados pela Defesa Civil representavam uma gama muito maior de atividades e, visando caracterizar tal pensamento, fizeram uma transição filosófica, passando a ser chamada de Proteção Civil.

O Decreto-Lei nº 200, de 25.02.1967, criou o Ministério do Interior, competindo-lhe o beneficiamento de áreas e obras de proteção contra secas e inundações e assistência às populações atingidas pelas calamidades públicas.

Outra referência histórica mais recente é o Decreto nº 895, de 16/ 08/ 1993, que reformula o Sistema Nacional de Defesa Civil e por último o Decreto Federal nº 5.376, de 17.02.2005, conforme Anexo “B”, dando a configuração atual. Com atribuições específicas nas esferas Nacional, Estadual e Municipal. A esfera Federal é responsável pela normalização de 28 doutrinas da Política Nacional de Defesa Civil, apoiando supletivamente os estados e municípios quando necessário.

3.1.1 Política Nacional de Defesa Civil

A constituição da República Federativa do Brasil de 1988 estabelece no Título III, capítulo II, artigo 21, inciso XVIII, que “compete á união: planejar e

promover a defesa permanente contra as calamidades públicas e especialmente as secas e as invalidações”.

A Política Nacional de Defesa Civil é um documento de referência para todos os órgãos de Defesa Civil, que estabelece diretrizes, planos e programas prioritários para o desenvolvimento de ações de redução de desastres em todo o país; bem como a prestação de socorro e assistência às populações afetadas por desastres.

A Política Nacional de Defesa Civil foi publicada no diário oficial da união nº 1, de 2 de janeiro de 1995, através da resolução nº 2, de 12 de dezembro de 1994, e apresenta as seguintes necessidades condicionantes, objetivos e instrumentos:

Os estudos epidemiológicos demonstram que, no último século, os desastres naturais produziam danos muito superiores aos provocados pelas guerras.

Os desastres antropogênicos são cada vez mais intensos, em função de um desenvolvimento econômico e tecnológico pouco atento aos padrões de segurança da sociedade.

Em numerosos distritos industriais, o desenvolvimento econômico imediatista e antientrópico provocaram a deteriorização ambiental e agravou as vulnerabilidades dos ecossistemas humanos, contribuindo para aumentar os níveis de insegurança aos desastres tecnológicos.

A crise econômica que se desenvolveu no país, principalmente a partir da década de 70, gerou reflexos altamente negativos sobre o processo de desenvolvimento social e sobre a segurança das comunidades contra desastres, ao:

- Deteriorar as condições de vida e o bem-estar social de importantes segmentos populacionais;
- Intensificar as desigualdades e desequilíbrios inter e intra-regionais;
- Intensificar os movimentos migratórios internos, o êxodo rural e o crescimento desordenado das cidades;
- Intensificar o desenvolvimento de bolsões e cinturões de extrema pobreza, no entorno das cidades de médio e grande porte.
- O crescimento desordenado das cidades, a redução do estoque de terrenos em áreas seguras e sua conseqüente valorização provocam adensamentos dos estratos populacionais mais vulneráveis, em áreas de riscos mais intensos.
- O desemprego, a especulação, a fome e a desnutrição crônicas, as migrações descontroladas e a redução dos padrões de bem-estar social, ao

implementarem o clima de incertezas, desesperanças e revolta, promovem desastres humanos relacionados com as convulsões sociais.

- O processo de regressão social, ao atingir o núcleo familiar, contribui para o crescimento da violência e do número de menores abandonados.

- Os estratos populacionais menos favorecidos e os países menos desenvolvidos, por apresentarem maiores vulnerabilidades culturais, econômicas e sociais, são atingidos com mais intensidade pelos desastres.

- Como a consequência dos desastres, ocorre estagnação econômica, redução da receita dos impostos e aumento do custo de vida.

- Os desastres agravam as condições de vida da população, contribuem para aumentar a dívida social, intensificam as desigualdades regionais e as migrações internas, fazem crescer os bolsões e cinturões de extrema pobreza nos centros urbanos e afetam o desenvolvimento geral do País.

- As ações de resposta aos desastres e de redução exigem grandiosos gastos e desviam recursos que poderiam ser alocados em programas de desenvolvimento.

- Num exame retrospectivo, constata-se que, após muitas décadas de esforço, poucos os avanços alcançados na redução das vulnerabilidades da sociedade brasileira aos desastres, mesmo àqueles de natureza cíclica.

• Há uma importante interação entre:

• Desenvolvimento Sustentável

• Redução de Desastres

• Proteção Ambiental

• Bem-estar Social

• Planejamento Familiar

É imperioso que o processo de planejamento do desenvolvimento nacional contemple, de forma clara e permanente, a prevenção dos desastres.

OBJETIVOS

a) Finalidade

O direito natural à vida e à incolumidade foi formalmente reconhecido pela Constituição da República Federativa do Brasil. Compete à Defesa Civil a garantia desse direito, na prevenção e em circunstâncias de desastre.

b) Objetivo Geral

O objetivo geral da Defesa Civil é a **REDUÇÃO DE DESASTRES**. A redução dos desastres é conseguida pela diminuição da ocorrência e da

intensidade dos mesmos. Elegeu-se, internacionalmente, a ação “reduzir”, porque a ação “eliminar” definiria um objetivos intangível.

As ações de redução de desastres abrangem os seguintes aspectos globais:

1. Prevenção de Desastres
2. Preparação para Emergências e Desastres
3. Resposta aos Desastres
4. Reconstrução

B.1 Objetivo Específicos

1. Promover a defesa permanente contra desastres naturais ou provocados pelo homem.
2. Prevenir ou minimizar danos, socorrer e assistir populações atingidas, reabilitar e recuperar áreas deterioradas por desastres.
3. Atuar na iminência ou em situações de desastres.
4. Promover a articulação e a coordenação do Sistema Nacional de Defesa Civil – SINDEC, em todo o território nacional.
5. Promover a integração do Sistema Nacional de Defesa civil - SINDEC, em todo o território nacional.

INSTRUMENTOS

Sistema Nacional de Defesa Civil – SINDEC atua na redução de desastres, em todo o território nacional.

A Defesa Civil deve estar vinculada diretamente aos gabinetes da Presidência da República, ao Gabinete do Governador de Estado e ao Gabinete do Prefeito do Município;

O SINDEC tem a seguinte estrutura:

1. Órgão Superior: Conselho Nacional de Defesa Civil – CONDEC, constituído por representantes dos Ministérios e de órgão da Administração Pública Federal, com um representante de cada Estado;
2. Órgão Central: Secretaria Nacional de Defesa Civil – SEDEC, responsável pela coordenação e articulação dos Sistemas;
3. Órgãos Estaduais e Municipais: Coordenadorias Estaduais de Defesa Civil – CEDEC, Coordenadoria de Defesa Civil do Distrito Federal e Comissões Municipais de Defesa Civil – COMDEC;

4. Órgãos de Apoio: entidades públicas Federal, Estadual, Municipal e privadas, organizações não-governamentais – ONG, clubes de serviços e associações diversas, envolvidas nas ações de Defesa Civil;

As bases do Planejamento em Defesa Civil são os Planos Diretores de Defesa Civil, em nível municipal, estadual, regional e federal, os quais devem ser permanentemente atualizados.

Os planos de Contingência, elaborados para responder às diferentes hipóteses de desastres, devem servir para orientar a formulação dos Planos Diretores dos diferentes níveis de governo;

Os Planos Diretores e o Planejamento Governamental devem desenvolver-se em coerência com os Planos Plurianuais de Defesa Civil;

Os Planos Plurianuais são utilizados anualmente e, em consequência, elaboram-se a Programação Anual e o Orçamento da Defesa Civil.

Deve-se prever recursos para as ações de Defesa Civil não apenas no Orçamento Geral da União, como também nos dos Estados e dos Municípios. Fundo Especial para Calamidades Públicas - FUNCAP - é um instrumento financeiro previsto para o atendimento emergencial, em ações de Resposta aos Desastres. Devem ser criados fundos estaduais e municipais semelhantes.

De acordo com o Art. 148, inciso I, da Constituição Federal, “A União, mediante lei complementar, poderá instituir empréstimos compulsórios para atender às despesas extraordinárias, decorrentes de calamidades públicas, de guerra externa ou em sua iminência.”

No próximo subtítulo teremos uma breve apresentação do Sistema Nacional de Defesa Civil, bem como o Decreto nº. 895 de 16 de agosto de 1993, que dispõe sobre sua organização e dá outras providências.

3.1.2 Sistema Nacional de Defesa Civil

Organizado pelo Decreto nº 5.376, de 17 de fevereiro de 2005, tem por competência planejar e promover a defesa permanente contra desastres naturais ou provocados pelo homem e atuar em situações de emergência e em estados de calamidades públicas e privadas, em integração com a comunidade, objetivando prevenir ou minimizar danos, socorrer e assistir populações atingidas e recuperar áreas deterioradas por eventos diretos, integrando, no território nacional, ações de órgãos e entidades públicas e privadas, em interação com a comunidade, objetivando prevenir ou minimizar danos, socorrer e assistir populações atingidas e

recuperar áreas deterioradas por eventos adversos. O Decreto nº 5.376, organiza o SINDEC com a seguinte estrutura:

CONDEC – Conselho Nacional de Defesa Civil

O Conselho Nacional de Defesa Civil - CONDEC, responsável pela formulação e deliberação de políticas e diretrizes do Sistema.

SEDEC – Secretaria Nacional de Defesa Civil

A Secretaria Nacional de Defesa Civil - SEDEC, responsável pela articulação, coordenação e supervisão técnica do Sistema.

COREDEC – Coordenadorias Regionais de Defesa Civil

As Coordenadorias Regionais de Defesa Civil - COREDEC, ou órgãos correspondentes, localizadas nas cinco macrorregiões geográficas do Brasil e responsáveis pela articulação e coordenação do Sistema em nível regional.

CEDEC – Coordenadorias Estaduais de Defesa Civil

Coordenadorias Estaduais de Defesa Civil - CEDEC ou órgãos correspondentes, Coordenadoria de Defesa Civil do Distrito Federal ou órgão correspondente, inclusive as suas regionais, responsáveis pela articulação e coordenação do Sistema em nível estadual.

COMDEC – Coordenadorias Municipais de Defesa Civil

Coordenadorias Municipais de Defesa Civil - COMDEC ou órgãos correspondentes e Núcleos Comunitários de Defesa Civil - NUDEC, ou entidades correspondentes, responsáveis pela articulação e coordenação do Sistema em nível municipal.

Órgãos Setoriais

Órgãos da administração pública federal, estadual, municipal e do Distrito Federal, que se articulam com os órgãos de coordenação, com o objetivo de garantir atuação sistêmica.

Órgãos de Apoio

Órgãos públicos e entidades privadas, associações de voluntários, clubes de serviços, organizações não-governamentais e associações de classe e comunitárias, que apóiam os demais órgãos integrantes do Sistema.

Deve-se lembrar que os desastres ocorrem nos municípios, no local de moradia, trabalho ou lazer do cidadão, portanto é prioridade o fortalecimento e estruturação das comissões municipais de Defesa Civil COMDEC'S, sobre as quais tratar-se-á a seguir.

3.1.3 Comissões Municipais de Defesa Civil – COMDEC

Em 5 de outubro de 1970, o decreto 67.347 determinou que os municípios criassem e mantivessem, em perfeito funcionamento, uma estrutura apropriada de Defesa Civil, adaptada às suas próprias peculiaridades, através de uma comissão representativa das forças vivas da comunidade, denominada comissão Municipal de Defesa Civil – COMDEC.

As COMDEC'S têm como objetivo básico congregar as forças vivas e institucionais do município, a fim de _motivá-las a participarem de uma organização aberta, que tenha como preocupação fundamental minimizar os desastres.

Atualmente, dos 5.507 municípios brasileiros, cerca de 30% possuem COMDEC'S nestes municípios não há garantia de que estejam estruturadas e atuantes.

As COMDEC'S devem estar devidamente estruturadas para:

- Educar, no sentido de preparar a população;
- Prevenir, sugerindo medidas e obras públicas para os pontos críticos;
- Planejar, elaborando planos operacionais específicos;
- Socorrer as vítimas, conduzindo-as aos hospitais;

- Assistir, conduzindo os desabrigados para os locais seguros, atendendo-os com medicamentos, alimentos, agasalhos e conforto moral nos locais de abrigo ou acampamentos;

- Recuperar, a fim de possibilitar à comunidade seu retorno a normalidade;

A implantação de uma COMDEC é feita pela prefeitura municipal. A iniciativa de criação da COMDEC cabe ao prefeito, ou pode ser iniciativa de autoridades locais ou cidadãos da comunidade.

A COMDEC é formada pelas autoridades locais, líderes comunitários, membros do setor privado, ONG'S (Organizações não-Governamentais) e voluntários. No entanto, voluntários da Defesa Civil ou não, cada membro de uma comunidade deve estar preparado para proteger a vida e o patrimônio, porque a qualquer momento, e em qualquer lugar pode ocorrer um desastre. A conscientização da população, e o preparo para emergências é uma das funções da COMDEC, e talvez a principal, considerando que o maior objetivo da Defesa Civil é a redução de desastres e de seus danos.

Os poderes Executivo, Legislativo e Judiciário do Município precisam ter consciência da importância e da necessidade da implantação da COMDEC com a participação da população. É através da COMDEC que se concretizam todas as ações de Defesa Civil – prevenção, preparação, resposta aos desastres e reconstrução.

Com esse entendimento, a Portaria nº 724, de 23.10.2002, do Excelentíssimo Senhor Ministro da Integração Nacional, estabelece no seu art. 1º:

Art. 1º - Os municípios, para se habilitarem à transferência de recursos federais destinados às ações de defesa civil, deverão comprovar a existência e o funcionamento do Órgão Municipal de Defesa Civil – COMDEC ou órgão correspondente.

A formalização da COMDEC se dá mediante os seguintes atos legais:

1. Mensagem à Câmara Municipal encaminhando o Projeto de Lei de criação da COMDEC (Anexo I, p. 21);
2. Projeto de Lei de criação da COMDEC (Anexo II, p. 24 á 37);
3. Portaria de nomeação dos membros da COMDEC (Anexo IV, p. 28);
4. Portaria de nomeação dos membros do Conselho Municipal de Defesa Civil

Todos os atos legais devem ser publicados na Imprensa Oficial ou nos jornais de maior circulação no município.

Como a ação de Defesa Civil é extremamente específica, torna-se fundamental a capacitação de todos aqueles, servidor ou voluntário, que participem no desempenho de suas atividades.

Dessa forma, toda a equipe da COMDEC e os membros do Conselho Municipal deverão ser devidamente capacitados para o nível gerencial, em curso cujo conteúdo contemple, dentre outros temas, a doutrina básica de Defesa Civil adotada no Brasil. Quanto aos membros das Áreas de Atuação, receberão o treinamento conforme as atividades setoriais que irão exercer.

É desejável que os órgãos setoriais e de apoio ao COMDEC no Município sejam amplamente diversificados, permitindo uma amplitude multidisciplinar que abranja as seguintes áreas setoriais:

- Saúde Pública, Assistencial, Emergencial e Atendimento pré-hospitalar;
- Bombeiros;
- Guarda Municipal, Polícia Rodoviária, Polícia Militar, Polícia Civil e Polícia Federal;
- Forças Armadas – Exército, Marinha e Aeronáutica;
- Assistência Social e Promoção Social;
- Educação, Ciência e Tecnologia e Esportes;
- Obras Públicas, Habitação e Saneamento Básico;
- Trabalho e Previdência Social;
- Agricultura e Abastecimento;
- Transportes;
- Minas e Energia;
- Comunicações;
- Meio Ambiente;
- Economia e Finanças, e,
- Justiça

O plano de trabalho de uma COMDEC pode muito bem começar de forma modesta, com a organização dos seguintes Grupos de Trabalho por Área de Atuação:

1. Treinamento e capacitação de pessoal, incluindo os voluntários da população (atender a demanda).
2. Revisão e estudos de risco (técnica da revisão-macro de riscos).
Duração completa: quatro meses.
3. Revisão de recursos: humanos, materiais, equipamentos, maquinaria pesada, suprimentos médicos, equipamentos para sobrevivência, recursos financeiros, etc.
4. Meteorologia, hidrologia, comunicação, alerta e alarme.
5. Sistema de informações
6. Busca salvamento e primeiro socorros
7. Assistência médica e hospitalar
8. Abrigos provisórios e acompanhamentos temporários

No próximo item será apresentado o Sistema Único de Saúde – SUS, com ênfase nas ações de prevenção, e programas de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde.

3.2 ASPECTOS DE LEGISLAÇÃO E DOS PROGRAMAS DE AGENTES COMUNITÁRIOS

Todo e qualquer serviço de resposta a comunidade, quer seja na área de segurança ou saúde, é antecedido de toda uma formalização legal, que dispõe sobre

os objetivos e metas, com o intuito de fazer frente a uma situação que resulte em benefícios a população.

3.2.1 Sistema Único de Saúde – SUS e Prevenção

A proposta do Sistema Único de Saúde é apresentada pela primeira vez no I Simpósio Nacional de Política de Saúde, promovido pela Câmara dos Deputados, quando é aprovado um documento sobre a questão democrática na saúde que orienta o “movimento sanitário” que era constituído de profissionais da área da saúde, sindicalistas de várias categorias, parlamentares, movimentos comunitários e associativos.

Na mesma ocasião, o Governo cria o PREV-Saúde com o objetivo de descentralizar o sistema. O PREV-Saúde era um programa de serviços básicos que instituiu uma rede regionalizada e hierarquizada, tendo como componente fundamental o nível da assistência primária, coerente com as políticas formuladas para toda a América Latina.

Em 1982, Santa Catarina implanta, no município de Lages, o primeiro núcleo do Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS) visando fortalecer perspectiva da municipalização, posteriormente, em 1984 todos os estados brasileiros estão conveniados às “Ações Integradas de Saúde” (AIS).

Em 1986 ocorre a 8ª Conferência Nacional de Saúde, pela primeira vez aberta à participação da sociedade, reunindo em Brasília cerca de 4 mil representantes de todo o Brasil, tendo como pauta principal o financiamento; organização dos serviços, participação popular e recursos humanos.

As discussões e conclusões da 8ª Conferência Nacional de Saúde serviram de subsídio para a elaboração de emendas populares defendidas durante a elaboração da nova Constituição em 1988.

Em 1988 a Constituição Federal, então promulgada institui o Sistema Único de Saúde (SUS), com direção única em cada esfera de Governo; substituindo o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS); criado em 1985, sistema este que reduz a estrutura do INAMPS, hoje extinto, adaptando-o às funções de planejamento, orçamentação e acompanhamento das secretarias estaduais de Saúde.

Somente em 1990 são aprovadas as leis nº 8.080/90 e 8.142/90 (Leis orgânicas da Saúde) que regulamentam os artigos 196 a 200 da Constituição Federal (1988) (anexo 01).

O Sistema Único de Saúde (SUS) é constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde prestados pelos órgãos e instituições públicas, e pelas fundações mantidas pelo Poder Público. É complementado pela iniciativa privada, que deve se submeter a todas as regras previstas na Lei.

O Sistema Único de Saúde (SUS) deve garantir o acesso aos serviços e às Ações de Saúde e proporcionar boa qualidade de vida a toda população.

“Atualmente as Ações do SUS compreendem mais de 11 mil procedimentos. Estima-se a população em 180 milhões de brasileiros e 40 milhões possuem planos privados de saúde”. Portanto, temos 140 milhões de brasileiros (78% da população) usuários do SUS (Centro de Educação e Assessoramento Popular – CEAP/Passo Fundo-RS – Julho/2004).

É possível dizer, no entanto, que de forma indireta toda a população depende do SUS, porque ele compreende também a Vigilância Sanitária, a fiscalização das fronteiras, o controle das epidemias, etc.

As Leis Orgânicas do SUS nº 8.080/90 e nº 8.142/90 regulamentam e organizam o Sistema Único de Saúde SUS e garantem a participação do cidadão através do controle social.

O capítulo I da Lei nº 8.080/90 define os objetivos do SUS:

- a) a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde, dentre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais;
- b) a formulação de políticas de saúde destinadas a promover, nos campos econômicos e sociais, a redução de riscos de doenças e de outros agravos e o estabelecimento de condições que assegurem acesso universal igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação;
- c) assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas. Estão ainda previstas como atribuições do SUS;
- d) a execução de ações de vigilância sanitária, epidemiológica, e saúde dos trabalhadores de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;
- e) a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico.
- f) A ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde;
- g) A vigilância nutricional e orientação alimentar;
- h) Colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho;
- i) A formulação da política de medicamentos e equipamentos imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;
- j) O controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;
- k) A fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas, para consumo humano;
- l) A participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- m) O incremento em sua área de atuação, desenvolvimento científico e tecnológico;
- n) A formulação e execução de política de sangue e seus derivados.

O Capítulo II da Lei nº 8.080/90 define os princípios e diretrizes, podendo ser classificadas em princípios doutrinários e princípios organizacionais.

Os princípios doutrinários do SUS são:

- Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, isto é, que todos os cidadãos têm direito à assistência à

saúde, independente de vínculo empregatício ou de contribuir ou não para a Previdência Social;

- Integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema, ou seja, o sistema de saúde deve proporcionar ao indivíduo e à coletividade as condições de atendimento de acordo com as suas necessidades;
- Preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- Igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie, equidade;
- Direito à informação, para as pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- Divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário.

Os princípios organizativos do SUS são:

- a) Utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- b) Participação da comunidade;
- c) Descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera de governo, com ênfase na descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera de governo, com ênfase na descentralização dos serviços para os municípios, regionalizando e hierarquizando a rede de serviços;
- d) Integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- e) Conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos estados, do Distrito federal e dos municípios na prestação dos serviços de assistência à saúde da população.
- f) Capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência;
- g) Organização dos serviços públicos, de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

Para que sejam garantidas a gratuidade, a universalidade, a eficácia e a eficiência dos serviços de saúde, o gerenciamento do SUS deverá ser:

- h) Participativo – permitir o controle e a intervenção de todos os cidadãos da sociedade civil organizada sobre a forma como estão sendo prestados os serviços de saúde à comunidade em geral;

- i) Democrático – atender em primeira e última instância aos interesses dos usuários quanto às suas reais necessidades de serviços de saúde;
- j) Descentralizado – oferecer condições materiais, físicas, financeiras, de recursos humanos e políticas, de modo a permitir a administração e o controle em cada esfera do governo (municípios, estados, União), de forma autônoma e com poder de decisão.

O SUS pode recorrer aos serviços da iniciativa privada, desde que comprovada a insuficiência de sua rede na cobertura assistencial à população de uma determinada área. Os artigos 25 e 26 da Lei nº. 8.080/90 estabelecem as condições em que se dará a contratação destes serviços.

A gestão e direção do SUS é única. De acordo com o inciso I, do artigo 198 da Constituição Federal, é exercida em cada esfera de governo, tendo como referência no âmbito municipal o Secretário Municipal de Saúde.

Na esfera municipal cabe aos gestores: planejar, executar e avaliar as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Estando mais próximos da população, ninguém mais competente que os gestores municipais para programar as ações de saúde compatíveis com as questões de saúde na sua área de abrangência.

Em nível estadual, a Secretaria de Estado da Saúde (SES) é o órgão responsável pelas ações de saúde do seu estado, assim como pelo planejamento e controle do SUS na esfera de sua responsabilidade.

Na instância Federal cabe ao Ministério da Saúde (MS) normalizar o conjunto de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, identificando os riscos e as necessidades nas diferentes regiões para a melhoria da qualidade de vida da população, contribuindo assim para seu desenvolvimento.

A partir de 1996, com a adoção das Normas Operacionais básicas NOB/96 os municípios podem habilitar-se em duas condições: Gestão Plena de Atenção

Básica (GPAB) ou Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM), de acordo com a capacidade dos municípios de assumirem e cumprirem responsabilidades perante a sua população, o Estado e o Ministério da Saúde.

Gestão Plena da Atenção Básica é o tipo de gestão na qual o município recebe, de forma regular e automática, os recursos financeiros para prestar serviços básicos de clínica médica, pediátrica, ginecológica e cirurgia geral; serviços de vigilância sanitária e ações de epidemiologia e controle de doenças. O município gerencia todas as unidades básicas de saúde em seu território e recebe recursos financeiros por habitante/ano.

a) Ações e serviços que devem ser disponibilizados:

- imunização;
- curativos;
- nebulização;
- teste do pezinho;
- terapia de reidratação oral;
- procedimentos cirúrgicos básicos;
- consulta em clínica médica geral;
- consulta em ginecologia/obstetrícia;
- acompanhamento de gestação – pré-natal;
- acompanhamento de crianças;
- acompanhamento de hipertensos;

- acompanhamento de diabéticos;
- acompanhamento de hanseníase;
- acompanhamento de tuberculose;
- atenção psicossocial;
- auto-socorro de urgência (Corpo de Bombeiros);
- atendimento domiciliar;
- atendimento odontológico básico;
- grupos educativos;

b) Programas básicos:

- Programa Agentes Comunitários de Saúde;
- Programa de Saúde da Família;
- Sistema de Vigilância e Nutricional – SISVAN;
- Programa de Vigilância Epidemiológica;
- Programa de Vigilância Sanitária Básica (meio ambiente e alimentos);
- Programa Saúde do Trabalhador;
- Assistência Farmacêutica Básica;

Gestão Plena do Sistema Municipal é o tipo de gestão na qual o município recebe, de forma automática, os recursos financeiros para prestar ações e serviços de assistência ambulatorial e hospitalar. Envolvendo planejamento, controle e avaliação, com gerenciamento de todas as unidades ambulatoriais básicas especializadas e hospitalares, públicas ou privadas ao SUS em seu território.

Os municípios que não aderirem ao processo de habilitação descrito acima permanecerão na condição de prestadores de serviços do SUS (recebem só o que produzem), cabendo ao estado a gestão do SUS naquele município, enquanto for mantida a situação de não-habilitado.

O Sistema Único de Saúde privilegia a prevenção e promoção da saúde, sendo que a prevenção envolve ações nas áreas de habitação, meio ambiente, educação, trabalho, além da proteção que diz respeito ao saneamento básico, imunizações, ações coletivas e preventivas, vigilância a saúde sanitária. A recuperação compreende o atendimento médico, tratamento e reabilitação para os doentes.

Essas ações devem estar sempre trabalhando juntas, de acordo com as abrangências num todo indivisível.

3.2.2 Programa Agentes Comunitários de Saúde

Em 18 de dezembro de 1991, através da portaria nº. 1886/GM aprovadas as normas e diretrizes do programa de agentes comunitários de saúde e programa de saúde da família. Porém só em 10 de julho de 2002, é criada a profissão de Agente Comunitário de Saúde, através da lei nº. 10.507, sendo que o seu exercício dar-se á exclusivamente no âmbito do Sistema Único de Saúde e sob à supervisão do Gestor Local em saúde.

A atenção primária de saúde, preconizada desde 1978 com a conferência realizada na Rússia, implica numa descentralização da política sanitária legal, com abordagem intersetorial dos problemas e a participação da população, priorizando a

prevenção e promoções da saúde. No Brasil, as grandes mudanças nos serviços primários de saúde iniciam após a implantação do sistema único de saúde –SUS, especialmente com os programas de agentes comunitários de saúde e a saúde da família .

Na maioria dos países subdesenvolvidos o modelo anteriormente instituído, que privilegia a visão criativa sobre a preventiva, sofria críticas quanto ao seu funcionamento, no entanto a estratégia de privilegiar a prevenção e promoção da saúde com o propósito de alterar o modelo assistencial de saúde da época centrado na doença, no médico e no hospital. Desta forma o novo modelo veio como resposta às necessidades de uma assistência humanizada, integrada e multiprofissional à comunidade, fruto da participação dos municípios com assessoria dos Estados, consolidando os maiores avanços do SUS.

A implantação do PACS ocorre por adesão espontânea dos Estados e Municípios, sendo que este programa tem como importante diretriz alimentar o Sistema de Informações de Atenção Básica de saúde – SIAB, ferramenta fundamental para aprimorar as políticas e ações de saúde, uma vez que permite às equipes, unidades de saúde e gestores, um mapa das condições sócio sanitária da população atendida.

Os principais instrumentos de coleta de dados são:

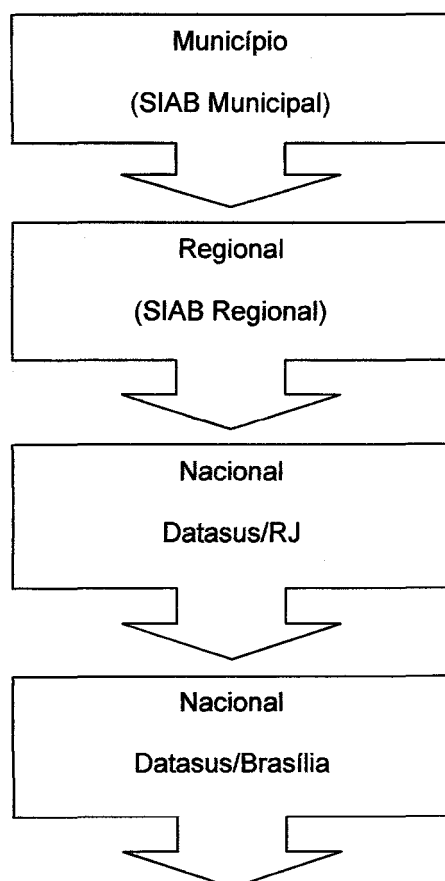
- 1- Cadastramento Familiar – Ficha A (é preenchida nas primeiras visitas que a ACS faz às famílias de sua comunidade. Deve ser preenchida uma ficha por família);
- 2- Acompanhamento de gestantes – Ficha B (GES);
- 3- Acompanhamento de hipertensos – Ficha B (HA);
- 4- Acompanhamento de diabéticos – Ficha B (DIA);
- 5- Acompanhamento de pacientes com tuberculose – Ficha B (TB);

- 6- Acompanhamento de pacientes com hanseníase – Ficha B (HAN);
- 7- Acompanhamento de crianças – Ficha C (cartão criança);
- 8- Registro de atividades, procedimentos e notificações – Ficha D.

Instrumentos de consolidação de dados:

- 1- Relatórios de consolidado anual das famílias cadastradas – Relatórios A1, A2, A3 e A4;
- 2- Relatórios de situação de saúde e acompanhamento das famílias – Relatório SSA2 e SSA4;
- 3- Relatórios de produção e marcadores para avaliação – Relatório PMA2 e PMA4.

As informações do SIAB são repassadas conforme a seguinte trajetória:



O agente Comunitário de Saúde integra as equipes do PACS e PSF, realiza atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, por meio de ações educativas em saúde nos domicílios e coletividade, em conformidade com as diretrizes do SUS.

Entre as competências atribuídas aos agentes em conformidade com as diretrizes do SUS, e estende o acesso às ações e serviços de informações e promoção social e de proteção da cidadania.

Entre as competências atribuídas aos agentes comunitários de saúde que têm afinidade com as necessidades da Defesa Civil, tem-se a participação no desenvolvimento das atividades de planejamento e avaliação, em equipe, das ações de saúde no âmbito de respectiva unidade básica de saúde - UBS. O atendimento desta competência exige do agente comunitário de saúde as necessidades e conhecimentos abaixo mencionados:

1. Habilidades

- a) Realizar o cadastramento de famílias por áreas de adscrição às UBS;
- b) Consolidar e analisar os dados obtidos pelo cadastramento;
- c) Realizar o mapeamento institucional, social e demográfico de cada área de adscrição;
- d) Analisar os riscos sociais e ambientais à saúde por microárea, segundo critérios estabelecidos pela equipe de saúde;
- e) Participar da elaboração do plano de ação, sua implementação, avaliação e reprogramação permanente junto às equipes de saúde.

2. Conhecimentos

- a. Cadastro familiar e territorial: finalidade, instrumentos, técnicas de registro da informação, preenchimento do cadastro familiar, consolidação e análise quantiquantitativa de dados;
- b. Interpretação demográfica;
- c. Análise da situação sócio-econômica: tipos de atividade econômica, disponibilidade e utilização dos meios de comunicação, disponibilidade e acesso aos sistemas de transporte, escolarização e alfabetização, tipos de habilitação, influência do emprego e desemprego, renda familiar, aposentadorias e pensões, existência de organizações populares, reconhecimento das lideranças locais, influência de migrações e etnias nos costumes e crenças locais, diversidade e identidades das populações etc.;
- d. Identificação e compreensão dos traços culturais nas coletividades e populações: influência das crenças e práticas populares no cuidado à saúde; práticas culturais no cuidado à saúde;
- e. Doenças mais comuns por faixa etária, inserção social e distribuição geográfica com ênfase nas características locais esperadas de atuação;
- f. Conceitos de territorialização, de microárea e área de abrangência;
- g. Critérios operacionais para definição de prioridades: magnitude, vulnerabilidade e transcendência;
- h. Mapeamento sócio-político e ambiental: finalidade e técnicas;
- i. Estratégias de avaliação em saúde: conceitos, tipos, instrumentos e técnicas de utilização;

- j. Indicadores epidemiológicos;
- k. Indicadores de produção das ações e serviços de saúde: índice de cobertura vacinal em crianças menores de um ano, proporção de vacinas em dia em crianças menores de um ano, cobertura de pré-natal, taxa de desnutrição infantil, incidência de diarreia, proporção de crianças com baixo peso ao nascer (menor de 2.500g) e sobrepeso, proporção de crianças pesadas ao nascer, aleitamento materno exclusivo até os 4 meses de idade dos bebês, hospitalização por qualquer causa, óbitos de crianças menores de um ano por diarreia ou infecção respiratória aguda, óbitos de mulheres de 10 a 49 anos, óbitos de adolescente por violência, proporção de acidentes na infância;
- l. Programas de atendimento e de internação domiciliar: construção, implementação e avaliação;
- m. Conceito e critérios de qualidade da atenção saúde (acessibilidade, satisfação do usuário, equidade, etc.)
- n. Conceito de eficácia, eficiência e efetividade em saúde coletiva.

3. Competência

Desenvolver ações de promoção da saúde por meio de atividades educativas, do estímulo à participação social e do trabalho intersetorial, visando à melhoria da qualidade de vida da população, a gestão social das políticas públicas de saúde e o exercício do controle da sociedade sobre o setor da saúde.

As informações descritas acima, fazem um breve relato sobre o programa agentes comunitários de saúde e apesar de serem sucintas, são suficientes para indicar a relevância que este programa pode ter para as ações de Defesa Civil.

Relação de Agentes Comunitários de Saúde (Brasil, maio/2002):

- 15.201 equipes em 3.948 municípios
- 163.923 agentes em 4.914 municípios
- 3.183 Equipes de Saúde Bucal em 1.751 municípios

A seguir serão apresentadas informações acerca do programa Saúde da Família, buscando possíveis pontos de convergência com a política e ações de Defesa Civil.

3.2.3 Programa Saúde da Família

O Brasil é o país de região das Américas que tem uma das mais valiosas experiências de Reforma de Setor Saúde ocorrido na década dos anos 1980 a 1990, orientada no marco dos ideais da denominada Reforma Sanitária e no contexto da Reforma do Estado, cuja implantação foi motivada pela geração e renovação dos processos de planejamento a partir da lógica de problemas e compreensão e utilização da epidemiologia e da demografia a partir das prioridades sociais.

A atenção primária constitui o primeiro nível de atenção às pessoas e compreende ações de promoção, prevenção e atenção primária à saúde, que devem ser prestadas pelos serviços de saúde, sob responsabilidade do município mais próximo da residência. Neste nível de atenção é possível resolver em torno de 90% dos problemas de saúde da população.

Em 1994 é criado o Programa Saúde da Família (PSF), tendo como diretriz, priorizar a prevenção e promoção da saúde, com a participação da população.

As unidades de saúde da família atuam através de uma equipe multiprofissional, composta minimamente, por um médico, um enfermeiro, um ou dois auxiliares de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde, com responsabilidade sobre um território onde vivem ou trabalham em torno de

4.500 pessoas ou 1.000 famílias, o que confere ao programa uma característica especial na organização dos serviços: a potencialidade para resgatar os vínculos de compromisso e de co-responsabilidade entre os serviços de saúde, os profissionais e a população.

A equipe de saúde da família deve prestar atenção continuada, resolutiva e pautada pelos princípios da prevenção e promoção da saúde, sendo a ação intersetorial essencial para melhoria dos indicadores de saúde e de qualidade de vida da população acompanhada.

Atribuições dos membros das equipes:

Médico - Atende a todos os integrantes de cada família, independente de sexo e idade, desenvolve com os demais integrantes da equipe ações preventivas e de promoção da qualidade de vida da população.

Enfermeiro - Supervisiona o trabalho do ACS e do auxiliar de enfermagem, realiza consultas na unidade de saúde, bem como assiste às pessoas que necessitam de cuidados de enfermagem, no domicílio.

Auxiliar de enfermagem - Realiza procedimentos de enfermagem na unidade básica de saúde, ou no domicílio e executa ações de orientação sanitária.

Agente Comunitário de Saúde - Faz a ligação entre as famílias e o serviço de saúde, visitando cada domicílio pelo menos uma vez por mês; realiza o mapeamento de cada área, o cadastramento das famílias e estimula a comunidade para práticas que proporcionem melhores condições de saúde a vida.

Cada equipe é capacitada para:

- a) conhecer a realidade das famílias pelas quais é responsável, por meio de cadastramento e diagnóstico de suas características sociais, demográficas e epidemiológicas;

- b) identificar os principais problemas de saúde e situações de risco aos quais a população que ela atende está exposta;
- c) elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença;
- d) prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda, organizada ou espontânea, na Unidade de Saúde da Família, na comunidade, no domicílio e no acompanhamento ao atendimento nos serviços de referência ambulatorial ou hospitalar;
- e) desenvolver ações educativas e intersetoriais para enfrentar os problemas de saúde identificados.

NORMAS E DIRETRIZES DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA - PSF

Ao Ministério da Saúde, no Âmbito do PSF, cabe:

- Promover a articulação entre as instituições de ensino superior e as instituições de serviço para capacitação, formação e educação permanente dos recursos humanos necessários ao modelo de saúde da família.
- Assessorar os Pólos de Capacitação, formação e educação permanente para as equipes de saúde da família no que se refere a elaboração, acompanhamento e avaliação de seus objetivos e ações.
- Articular com as instituições de ensino superior para a iniciativa de introduzir inovações curriculares nos cursos de graduação e ou implantação de cursos de especialização ou outras formas de cursos de pós-graduação "latu-sensu".
- Disponibilizar os Sistemas de Informação da Atenção Básica - SIAB como instrumento para monitorar as ações desenvolvidas pelas unidades de saúde da família.
- Assessorar estados e municípios na implantação do Sistema de Informação, divulgando resultados obtidos.
- Controlar o cumprimento, pelos estados e municípios da alimentação do banco de dados do sistema de informação.
- Identificar recursos técnicos e científicos para o processo de controle e avaliação dos resultados e do impacto das ações das unidades de saúde da família.
- Contribuir para a criação de uma rede nacional / regional de intercâmbio de experiências no processo de produção de conhecimento em saúde da família.

- Promover articulações com outras instâncias da esfera federal a fim de garantir a consolidação da estratégia de saúde da família; identificar e viabilizar parcerias com organismos internacionais de apoio, com organizações governamentais, não governamentais e do setor privado.

Às Secretarias Estaduais de Saúde, no âmbito do PSF, cabe:

- Pactuar com o Conselho Estadual de Saúde e com a Comissão de Intergestores Bipartite os requisitos específicos e prioridades para a implantação do programa.

- Cadastrar as unidades de saúde da família no SAI/SUS.

- Prestar assessoria técnica aos municípios em todo o processo de implantação, monitoramento e gerenciamento do programa.

- Promover articulação com as instituições de ensino superior para capacitação, formação e educação permanente dos recursos humanos de saúde e da família.

- Integrar os Pólos de Capacitação, formação e educação permanente para as equipes de saúde da família no que se refere a elaboração, acompanhamento e avaliação de seus objetivos e ações;

- Articular com as instituições de ensino superior para a iniciativa de introduzir inovações curriculares nos cursos de graduação e ou implantação de cursos de especialização ou outras formas de cursos de pós-graduação "lato-sensu".

- Assessorar os municípios na implantação do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB, enquanto instrumento para monitorar as ações desenvolvidas pelas unidades de saúde da família;

- Consolidar e analisar os dados de interesse estadual gerados pelo sistema de informação e alimentar o banco de dados nacional.

- Controlar o cumprimento, pelos municípios, da alimentação do banco de dados do sistema de informação e alimentar o banco de dados nacional.

- Controlar o cumprimento, pelos municípios, da alimentação do banco de dados do sistema de informação;

- Identificar recursos técnicos e científicos para o processo de controle e avaliação dos resultados e do impacto das ações das unidades de saúde da família no âmbito do estado;

- Participar de rede nacional / regional de intercâmbio de experiências no processo de produção de conhecimento em saúde da família;

- Promover intercâmbio de experiências entre os municípios de sua abrangência; promover articulações com outras instâncias da esfera estadual, a fim de garantir a consolidação da estratégia de saúde da família;

- Identificar e viabilizar parcerias com organismos internacionais de apoio com organizações governamentais, não governamentais e do setor privado.

RESPONSABILIDADES DO MUNICÍPIO

- Eleger áreas para implantação das unidades de saúde da família, priorizando aquelas onde a população está mais exposta aos riscos sociais. Selecionar, contratar e remunerar os profissionais que integram as equipes de saúde da família.
- Garantir a capacitação e educação permanente das equipes de saúde da família, com apoio da secretaria estadual de saúde.
- Monitorar e avaliar as ações desenvolvidas pelas unidades de saúde da família, através do Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB, ou por outro instrumento de monitoramento, desde que alimente a base de dados do sistema preconizado ao Programa pelo Ministério da Saúde (SIAB).
- Utilizar os dados gerados pelo sistema de informação para definição de atividades prioritárias no processo de programação e planejamento das ações locais.
- Apresentar sistematicamente a análise dos dados do sistema de informação e de outros mecanismos e/ou instrumentos de avaliação, aos conselhos locais e municipal de saúde.

DIRETRIZES OPERACIONAIS DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Aspectos que caracterizam a reorganização das práticas de trabalho nas unidades de saúde da família:

- Caráter substantivo das práticas tradicionais das unidades básicas de saúde, complementaridade e hierarquização.
- Adscrição de população/ territorialização.
- Programação e planejamento descentralizados.
- Integridade da assistência.
- Abordagem multifuncional.
- Estímulo da ação intersetorial.
- Estímulo à participação e controle social.
- Educação permanente dos profissionais das equipes de saúde da família.
- Adoção de instrumentos permanentes de acompanhamento e avaliação.

A equipe de saúde da família deve conhecer as famílias do território de abrangência, identificar os problemas de saúde e as situações de risco existentes na comunidade, elaborar um plano e uma programação de atividades para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença, desenvolver ações educativas e intersetoriais relacionadas com os problemas de saúde identificados e prestar assistência integral às famílias sob sua responsabilidade no âmbito da atenção básica.

A ampliação do objeto de intervenção para além do âmbito individual e clínico demanda mudanças na forma de atuação e na organização do trabalho e requerer alta complexibilidade de saberes. Cada profissional é chamado a desempenhar sua profissão em um processo de trabalho coletivo, cujo produto deve ser fruto de um trabalho que se forja com a contribuição específica das diversas áreas profissionais ou de conhecimento. Espera-se que os integrantes das equipes sejam capazes de “conhecer e analisar o trabalho, verificando as atribuições específicas do grupo, na unidade, no domicílio e na comunidade, como também compartilhar conhecimentos e informações”.

Ao nível de atenção prevista, o PSF prevê o desenvolvimento de práticas de educação em saúde voltadas para a melhoria do auto-cuidado dos indivíduos. Estas devem ser desenvolvidas por todos os profissionais em seus contatos com indivíduos

Sadios ou doentes, conforme definição de suas atribuições básicas. Verifica-se, desta maneira, que a prática educativa do PSF não conta necessariamente com um espaço restrito e definido para seu desenvolvimento, antes disso adverte-se os profissionais que devem oportunizar seus contatos com os usuários para “abordar os aspectos preventivos e de educação sanitária”

O impacto positivo do PSF relaciona-se com a redução significativa de emissão de Autorização de Internação Hospitalar / AIH, com o fortalecimento do vínculo entre ESF e comunidade que ocorre, principalmente, mediante as visitas domiciliares e das reuniões para discussões e encaminhamentos dos problemas, crescimento profissional através do trabalho de uma equipe interdisciplinar e, maior participação popular através dos Conselhos Local e Municipal de Saúde, fatos estes observados nas supervisões realizadas as equipe de Saúde da Família (entrevistas com usuários, com profissionais de saúde, dados estatísticos fornecidos pelo MS).

A estratégia da saúde da família se apóia nas diretrizes de universidade, integridade, equidade, descentralização e controle social, redirecionando o foco da atenção centrado no profissional médico para a atuação do trabalho em equipe, vindo ao encontro da intersetorialidade, ampliando relações com órgãos governamentais, não governamentais e com a população em geral. Embora se reconheça que os avanços obtidos com a implantação e acompanhamento da estratégia da saúde da família são importantes, não se pode deixar de reconhecer que ainda persistem questões que apesar de equacionadas não foram ainda implementadas nas equipes de saúde da família.

Em 1998, havia 3.083 Equipes de Saúde da Família (ESF) no Brasil. Dois anos depois, o número havia mais que dobrado, para 8.604 equipes.

Evolução semelhante aconteceu com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que tinha 79,6 mil agentes em 1998 e saltou para 135,3 mil em 2000. Mais dois anos, e ao início de 2002 mais de 160 mil agentes, antecipando em um ano a meta de 150 mil agentes, prevista para dezembro de 2002. No PSF, as mais de 15 mil equipes existentes em maio apontam para a conquista da meta de 20 mil, até o final do ano de 2002.

TABELA 1 – Número total de equipes de saúde da família e percentual segundo área de atuação da equipe por unidade da federação, Brasil, 2002-2004

Unidades da federação	Nº Total	Área de Atuação		
		Urbana	Rural	Ambas
Rondônia	88	53,4	26,1	20,5
Acre	68	73,5	7,4	19,1
Amazonas	266	88,3	8,6	3,0
Roraima	63	84,1	9,5	6,3
Pará	325	63,1	30,8	6,2
Amapá	24	91,7	8,3	0
Tocantins	197	46,2	4,6	49,2
Maranhão	237	49,8	44,3	5,9
Piauí	409	44,5	21,8	33,7
Ceará	1.153	38,7	48,2	13,1
Rio Grande do Norte	409	43,5	28,4	28,1
Paraíba	560	35,2	31,1	33,8
Pernambuco	1.105	54,9	34,9	10,1
Alagoas	425	50,4	39,5	10,1
Sergipe	289	50,5	38,1	11,4
Bahia	658	48,3	40,3	11,4
Minas Gerais	1.782	58,9	13,6	27,5
Espírito Santo	307	38,4	38,4	23,1
Rio de Janeiro	707	64,4	24,6	11,0
São Paulo	1.042	65,2	9,8	25,0
Paraná	852	61,5	12,4	26,1
Santa Catarina	734	52,0	17,8	30,1
Rio Grande do Sul	381	45,9	7,9	46,2
Mato Grosso do Sul	170	78,8	11,8	9,4
Mato Grosso	323	68,7	10,2	21,1
Goiás	675	57,3	9,0	33,6
Distrito Federal	54	72,2	22,2	5,6
Brasil	13.303	54,7	23,8	21,5

Fonte: Ministério da Saúde 2005

TABELA 2 – Número total de equipes de saúde da família e percentual segundo números de agentes comunitários de saúde, por unidade da federação, Brasil 2002 – 2004

Unidades da federação	Nº Total	Número de Agentes Comunitários			
		0%	<4%	4 a 6%	>6%
Rondônia	0	5,6	12,4	50,6	31,5
Acre	68	0	2,9	67,6	29,4
Amazonas	265	0	0,4	32,8	66,8
Roraima	62	0	6,5	82,3	11,3
Pará	324	0	3,7	54,6	41,7
Amapá	24	0	4,2	66,7	29,2
Tocantins	197	0,5	0,5	47,7	51,3
Maranhão	234	0	4,3	42,7	53,0
Piauí	428	0,2	6,1	39,5	54,2
Ceará	1.155	0	3,6	44,1	52,3
Rio Grande do Norte	407	0,2	0,2	45,7	49,1
Paraíba	552	0,4	0,4	45,5	47,8
Pernambuco	1.109	0,1	0,1	62,9	32,5
Alagoas	492	1,0	1,0	52,2	40,2
Sergipe	290	0,3	0,3	59,7	32,8
Bahia	652	0	0	46,3	49,1
Minas Gerais	1.179	0,1	0,1	64,5	32,2
Espírito Santo	304	0	0	53,3	43,8
Rio de Janeiro	713	0	0	59,6	33,1
São Paulo	1.043	0,1	0,1	79,2	15,5
Paraná	821	0,1	0,1	64,3	21,9
Santa Catarina	732	0,5	0,5	46,2	48,5
Rio Grande do Sul	379	0,3	0,3	74,9	19,3
Mato Grosso do Sul	168	0	0	71,4	27,4
Mato Grosso	323	0	0	49,8	47,7
Goiás	673	0,3	0,3	42,6	53,9
Distrito Federal	55	0	0	69,1	3,6
Brasil	13.338	0,2	5,1	56,1	38,6

Fonte: Ministério da Saúde 2005

TABELA 3 – Número total de equipes de saúde da família e percentual segundo faixa salarial dos agentes comunitários de saúde, por unidade da federação Brasil 2002-2004

Unidades da federação	Nº Total	Área de Atuação		
		Urbana	Rural	Ambas
Rondônia	84	79,8	13,1	7,1
Acre	66	97,0	1,5	1,5
Amazonas	264	48,1	44,7	7,2
Roraima	62	100	0	0
Pará	323	90,7	7,1	2,2
Tocantins	196	78,1	7,7	14,3
Ceará	1.148	79,8	48,2	13,1
Rio Grande do Norte	409	95,1	4,4	0,5
Pernambuco	1.108	73,4	15,3	11,3
Bahia	652	84,5	13,8	1,7
Minas Gerais	1.777	79,3	9,2	11,5
Espírito Santo	300	88,7	8,7	2,7
Rio de Janeiro	711	75,4	9,4	15,2
Santa Catarina	730	91,8	6,6	1,6
Rio Grande do Sul	379	45,6	26,9	27,4
Mato Grosso do Sul	157	35,0	33,1	31,8
Mato Grosso	322	74,5	16,5	9,0
Distrito Federal	55	72,2	22,2	5,6
Brasil	8.743	77,6	12,5	9,9

Fonte: Ministério da Saúde 2005

No Item seguinte trataremos de integrar as ações do Ministério da Saúde e Defesa Civil, para mitigação dos desastres, e melhoria da qualidade de vida do cidadão brasileiro.

3.3 A IMPORTÂNCIA DA INTEGRAÇÃO DAS AÇÕES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE E DEFESA CIVIL, PARA MITIGAR OS DESASTRES

Sabedores que se não houver integração em qualquer campo das atuações de órgãos e entidades, não será bem sucedida qualquer ação, quer seja ela de

apoio, auxílio ou preventiva, a fim de minimizar riscos potenciais que possam atingir de forma aguda uma comunidade.

3.3.1 Subsídios para a Proposta de Integrar Ações da Defesa Civil e Saúde

Quando esta monografia aborda sobre a Defesa Civil, observa-se que o estudo dos desastres, denominado sinistrologia, é uma ciência com evolução muito recente, e evidencia-se que há bastante tempo os estudos epidemiológicos demonstram que, apesar do conceito de guerra total, da evolução da tecnologia armamentista e do imenso incremento dos arsenais bélicos, nestes dois últimos séculos, a somatória dos danos e dos prejuízos causados por desastres naturais humanos ou antropológicos e mistos ultrapassa de muito à dos provocados por todas as guerras.

A sinistrologia permitirá constatar que a maior ameaça à sobrevivência e à incolumidade das pessoas é constituída pelos desastres.

As observações de alguns dados reforçam a percepção de que os desastres devem ter atenção especial pelos seres humanos. O “Tsunami” que em 2004 varreu a Indonésia, matou mais de 120 mil homens, a fome mata milhares na África a cada ano, no Brasil os acidentes de trânsito matam mais de 40 mil por ano; a pandemia de SIDA/AIDS continua sendo responsável pela mortalidade de adultos e jovens, enquanto que em toda guerra do Vietnã, os Estados Unidos perderam 37 mil homens.

Desde 1950, ficou caracterizado que os acidentes domiciliares e peridomiciliares, especialmente os relacionados com intoxicação exógena, são a maior causa de mortalidade entre crianças com menos de 5 anos e a segunda maior causa entre crianças de até 15 anos.

Hoje um novo conceito é utilizado para definir as estratégias e ações para redução dos desastres, “Segurança Global da População” sendo que o atual

desenvolvimento tecnológico torna perfeitamente possível uma substancial redução dos desastres.

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 o seu artigo 3º indica alguns objetivos fundamentais que se relacionam com a proposta de “Segurança Global da População”, ou seja:

I – Construir uma sociedade livre, justa e solidária;

II – Garantir o Desenvolvimento Nacional;

III – Erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais regionais.

IV – Promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação.

Ao rever os objetivos gerais e específicos da Defesa Civil Nacional, onde se elegeu como objetivo geral a redução de desastres através das ações que abrangem os seguintes aspectos:

1- Prevenção de desastres:

Com isso espera-se minimizar desastres presumíveis ou esperados, utilizando como forma preventiva, palestras, utilização da mídia.

2- Preparações para emergências e desastres:

Podemos citar como preparação o treinamento das equipes de emergência que atuaram na ocasião do evento.

3- Respostas aos desastres:

Equipes treinadas, equipamentos cadastrados, abrigos vistoriados.

4- Reconstrução:

Plano de atendimento a população atingida.

Fica evidenciada a necessidade da integração dos vários setores e atores da sociedade organizada, para o sucesso das ações necessárias para mitigação dos desastres, em especial na construção de um sistema permanente de dados, levantamento de dados e informações que possam prevenir e ou preparar com antecedência a população para prováveis desastres, e na capacitação de setores da sociedade, em cada município, na preparação para emergências e desastres. O que permitirá atender com mais eficácia os objetivos específicos da política nacional de defesa civil, ou seja:

- 1- Promover a defesa permanente contra desastres naturais ou provocados pelo homem;

Educação preventiva sobre meio ambiente, como evitar danos e a maneira correta de agir, afim de que não haja agressão ao meio ambiente.

- 2- Prevenir ou minimizar danos, socorrer e assistir populações atingidas, reabilitar e recuperar áreas deterioradas por desastres;

Uma fiscalização sistemática nas áreas sujeitas a riscos, e um planejamento para recuperação de áreas degradadas.

- 3- Atuar na iminência ou em situações de desastres;

Um sistema de alerta, que possa desencadear uma resposta emergencial.

- 4- Promover a articulação e a coordenação do Sistema Nacional de Defesa Civil, em todo o território nacional;

Manter contactos com os órgãos estaduais e federais, que possam auxiliar nas medidas preventivas, emergenciais e recuperativas

Para um planejamento eficiente e eficaz em Defesa Civil, em nível federal, regional, estadual e especialmente municipal, o Sistema Nacional de Defesa Civil prevê a elaboração dos seguintes instrumentos de gestão que devem ser permanentemente atualizados:

- Planos Diretores de Defesa Civil;
- Planos de contingência elaborados para responder às diferentes hipóteses de desastres, devendo ser pré-requisito para elaboração dos Planos Diretores dos diferentes níveis de governo;
- Planos Plurianuais de Defesa Civil, em coerência com os Planos Diretores e consonância com o Planejamento Governamental.

A elaboração dos Planos supracitados que instrumentalizam o planejamento em defesa civil requer a disponibilização de dados confiáveis e permanentemente atualizados; capacidade não existente em nenhum dos níveis hierárquicos da defesa civil, apesar de seus avanços e esforços no sentido de melhor atender as demandas nacionais.

A falta de estrutura organizada e efetivamente funcional em mais de 70 % dos municípios brasileiros, associada à escassez de recursos financeiros, em especial nos municípios brasileiros para implementação e implantação de estruturas de defesa civil, com funcionamento eficiente e permanente; colabora com a proposição desta monografia, ou seja, integrar as ações da defesa civil em especial dos COMDEC'S com as ações desenvolvidas pelo sistema único de saúde, através dos programas agentes comunitários de saúde-PACS e Saúde da família - PSF, que tem como principais diretrizes a prevenção e promoção de saúde, atenção primária da saúde.

Após a criação e efetivação do sistema único de saúde, fruto de longos anos de luta, os sanitaristas brasileiros que em 1986, na XVIII Conferência Nacional de Saúde, propuseram a mudança do modelo de saúde no Brasil, de uma visão

hospitalo-centrista-curativa, para um modelo que privilegia a prevenção e promoção da saúde, modelo este efetivado na Constituição da República Federativa do Brasil em 1988.

Com a implementação e implantação do Sistema Único de Saúde em 1990, o Brasil inicia uma grande transformação em seu sistema de saúde. Com um novo modelo com ênfase na prevenção e promoção em saúde, passando a construir um ambicioso e importantíssimo programa de atenção primária à saúde, criando assim um verdadeiro exército de agentes comunitários de saúde, através do programa de agentes comunitários de saúde/ PACS, hoje presente em praticamente todos os municípios do país, e das equipes de saúde da família – ESF pertencentes ao programa da família - PSF, também presentes na grande maioria dos municípios brasileiros.

Esses programas do Sistema Único de Saúde têm diretrizes semelhantes às da Política Nacional da Defesa civil, ou seja, priorizar a prevenção para redução dos agravos, proporcionando significativa melhoria da qualidade de vida dos cidadãos brasileiros, sobre todos os aspectos considerados.

Outro aspecto importante do modelo adotado pelo setor de saúde no país está na redução dos gastos com internações hospitalares e ações de média complexibilidade, procedimentos, em grande parte, de alto custo.

Investir no Sistema Nacional de Defesa Civil – SINDEC é garantia de melhoria da qualidade de vida, da redução de gastos com as ações de resposta aos desastres e reconstrução, uma vez que o custo para prevenção de desastres e preparação para emergências e desastres é significativamente menor.

Propor a integração das ações de prevenção realizadas pelo Sistema Único de Saúde/SUS do Ministério da Saúde e do Sistema Nacional de Defesa Civil- SINDEC do Ministério da Integração Nacional, tem por objetivo geral ampliar de forma significativa a capacidade de ação do SINDEC, através da integração das equipes dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde – PACS e Saúde da

Família-PSF /SUS. Nas ações de prevenção, preparação e resposta aos desastres, realizadas pela defesa civil, e especialmente no levantamento de dados e informações de interesse para Defesa Civil, além dos já coletados para o Sistema Único de Saúde, uma vez que estes programas de saúde têm grande capilaridade em todo território Nacional.

A classificação geral dos desastres, adotada pela política nacional de defesa civil, evidencia que em todos os tipos de desastres a participação do setor saúde, juntamente com a defesa civil, reduz o impacto dos mesmos sobre os seres humanos; portanto a integração dos dois sistemas, saúde e defesa civil trará benefícios para ambos os sistemas, porém o maior beneficiado com esta integração será o cidadão brasileiro.

A seguir propomos um modelo de integração dos dois sistemas, defesa civil e saúde, na busca de atender com maior eficiência e eficácia as demandas do Sistema Único de Saúde SUS e Sistema Nacional de Defesa Civil – SINDEC.

3.3.2 Capacitar para efetivar a integração do Ministério de Integração Nacional e Ministério da Saúde

A proposta de integrar algumas ações da Defesa Civil/Ministério da Integração com algumas ações do Sistema Único de Saúde/Ministério da Saúde em especial com Programas de Agentes Comunitários de Saúde - PACS e Saúde da Família - PSF, torna-se factível quando se avalia as diretrizes e os objetivos da política nacional de defesa civil e sistema único de saúde - SUS, evidencia-se como diretriz primeira e objetivo geral a “prevenção” de desastres na Defesa Civil e agravos de saúde no SUS.

Para a construção de políticas públicas e definições de ações eficientes e eficazes para a prevenção de desastres ou agravos à saúde, faz-se necessário um profundo conhecimento dos vários fatores que podem determinar a efetivação de um desastre ou agravo à saúde. Portanto o treinamento de dados e elaboração de informações confiáveis e permanentes são instrumentos básicos para o alcance dos

objetivos de redução dos desastres e agravos da saúde, sendo que a utilização do termo “reduzir” é aplicada de forma consciente e correta, pois não é possível a total eliminação dos desastres e agravos de saúde.

O Brasil tem nos últimos anos ampliado sua capacidade para o levantamento de dados relacionados no clima, as grandes alterações de relevo, as grandes agressões ao meio entre outros.

Porém quando se faz necessário a observação de dados e informações mais pormenorizadas de uma rua, de uma vila, de um bairro, de uma pequena região ou município, especialmente para análise das populações ali presentes e das alterações que estas provocam no meio, bem como as condições em que vivem, encontramos grandes dificuldades. Esta constatação evidencia que o país ampliou sua capacidade de prevenção e preparo para os grandes desastres, especialmente aos relacionados com bruscas alterações climáticas, porém quando nos deparamos diuturnamente com desastres de médio ou pequeno porte, a capacidade de ação é muito restrita.

Dois fatores contribuem de forma efetiva para estas deficiências do Sistema Nacional de Defesa Civil; o primeiro é a ausência de equipes em todos os municípios do país com capacitação para coleta permanente de dados de cada micro região dos municípios brasileiros, bem como a capacitação necessária para observar qualquer alteração significativa, que possa desencadear um desastre, independente de sua intensidade ou classificação; o segundo é a ausência em mais de 70% dos municípios brasileiros das Comissões Municipais de Defesa Civil – COMDEC’S; com equipes mínimas para promover a prevenção de desastres, preparação para emergências e desastres, resposta e quando possível atuar na fase de reconstrução em situação de desastres.

Como observado no capítulo 3.2 da presente monografia o Sistema Único de Saúde - SUS está presente em mais de 90% dos municípios brasileiros, com suas equipes dos programas Saúde da Família –PSF, com suas equipes dos agentes comunitários de saúde- PACS, desenvolvimento de ações de prevenção e promoção

de saúde, através da atenção básica, e levantamento de dados e educação para prevenção respectivamente.

Estas equipes do PACS e PSF, responsáveis primeiras pelas ações de prevenção e promoção da saúde, dentro do ambiente da saúde, podem colaborar de forma decisiva para uma e definitiva implantação e implementação da forma efetiva e permanente das comissões municipais de Defesa Civil COMDEC'S, através de instrumentos como convênios, parcerias, contratos de prestação de serviços e ou alterações na legislação vigente, que possibilitem a integração das Comissões Municipais de Defesa Civil - COMDEC'S, do Sistema Nacional de Defesa Civil – SINDEC, com as equipes dos programas de Saúde da Família – PSF e agentes comunitários de Saúde – SUS, objetivando e priorizando a redução dos desastres, e conseqüentemente a melhoria da qualidade de vida do cidadão brasileiro, uma vez que se observa uma relação direta entre as vítimas de desastre e a condições em que estas vivem.

Ressalta-se que esta monografia propõe sugerir ou avaliar as possíveis formas administrativas e jurídicas necessárias para a efetivação da integração das ações de prevenção de desastres entre os Ministérios da Integração Nacional e Ministério da Saúde. A Sinistrologia define desastre como o resultado de eventos adversos, naturais ou provocados pelo homem, sobre um ecossistema (vulnerável), causando danos humanos, materiais e ou ambientais e conseqüentes prejuízos econômicos ou sociais. A presente monografia propõe de forma objetiva a integração de uma estrutura que se encontra em pleno funcionamento e ampliação com abrangência nacional, realizando importantes ações de prevenção e promoção de saúde dentro do sistema de saúde, com o sistema nacional de defesa civil- SINDEC. Esta proposição pressupõe que se devem considerar algumas estratégias e ou medidas necessárias para a efetivação da integração das equipes dos programas de atenção básica a saúde do SUS com as atividades desenvolvidas pelo SINDEC, especialmente através das comissões municipais de defesa civil – COMDEC'S como segue:

Através de estratégias educativas permanentes, capacitar os integrantes dos programas de atenção básica do SUS (PACS e PSF), objetivando conhecer a política nacional de defesa civil e o sistema nacional de defesa civil – SINDEC, e adequar a composição dos COMDEC'S, garantindo a participação como membros efetivos dos agentes do PAS e PSF;

Propor instrumentos para obtenção de dados e informações pelos agentes do PACS e PSF, para atender as demandas da defesa civil, ampliando o banco de dados e informações do SINDEC;

Incluir nas diretrizes dos programas PACS e PSF/SUS ações conjuntas com os CONDECS objetivando atender as demandas da defesa civil e do Sistema Único de Saúde – SUS;

Agregar valor aos baixos vencimentos dos agentes comunitários de saúde (PACS), remunerando assim as novas atividades a serem desenvolvidas na área da Defesa Civil;

Desenvolver estudos e pesquisas conjuntas COMDEC'S/PACS/PSF que ampliem o conhecimento sobre os riscos de desastres e agravos à saúde nas comunidades, possibilitando maior eficácia e eficiência nas ações de prevenção e minimização dos desastres;

Capacitar através de estratégias educativas, permanentemente, os agentes do PACS e PSF/SUS, para torná-los aptos a participar de todas as ações de redução de desastres: prevenção de desastres, preparação para emergência e desastres, resposta aos desastres e reconstrução.

As idéias e propostas mencionadas acima têm a pretensão de representar a verdade e as principais demandas do Sistema Nacional de Defesa Civil, mas apresentam alguns subsídios para catalisar as discussões que levem à integração das ações do Ministério da Saúde e Ministério da Integração Nacional, objetivando a mitigação dos desastres e agravos a saúde, o que se traduz em melhoria da

qualidade de vida da população brasileira, através da utilização de estruturas físico-funcionais já existentes; capacitação dos envolvidos e desenvolvimento de novos sistemas de obtenção de dados e informações que atendam ao objetivo maior da prevenção de desastres.

4 CONCLUSÃO

Não se teve a pretensão de estabelecer uma teoria sobre gestão de risco, mas sim abrir uma discussão, com a participação da comunidade, objetivando a redução de risco e colaborar para que haja uma melhor percepção de risco por parte dessa comunidade.

Principalmente porque existe a necessidade desse envolvimento comunitário, frente a uma realidade de limitação de recursos, destinados às diversas atribuições do Estado Brasileiro, nesse contexto, cabe aos técnicos em Defesa Civil, atuarem de forma criativa para buscar alternativas para aumentar a segurança global de nossa população.

Um processo de gestão local de risco exige um exame profundo da realidade local, identificação das ameaças e vulnerabilidades que existem, visando a redução de risco. Este conceito, fundamental no Brasil deve ser cada vez mais explorado, já existe uma tendência para o direcionamento de esforços para a inclusão da população nessa gestão local de risco. Portanto, é inquestionável que para conseguirmos efetivar a redução de desastres, que interessa à sociedade, necessitamos dela, como peça integrante do processo.

Atribui-se que, nesse processo social de decisão e planificação a sociedade ou a comunidade local deve estar inserida, por alguns motivos, dentre eles, o fato da impossibilidade econômica do país, para continuarem destinando recursos para a reconstrução, em virtude de serem mais onerosos e prejudiciais à sociedade, pelo fato de reduzir a capacidade de desenvolvimento, o que redundaria em prejuízo duplo a sociedade e, muitas vezes, causa danos e prejuízos irreversíveis às pessoas e ao meio ambiente.

Também pelo fato que para se planificar é fundamental que se conheça o assunto ou cenário, por isso, nada mais coerente que utilizar o conhecimento da sociedade local que, por vezes, conhece mais o cenário local. Exemplifiquemos com uma comparação a um problema de saúde. Quando alguém apresentar qualquer

problema de saúde, procura um médico e lhe fornece informações sobre os sintomas. Ele, com base nas informações, e com o apoio de todas as “ferramentas” disponíveis, passará a fazer uma investigação, concluindo com um diagnóstico. Da mesma forma, como afirma o próprio conceito – um processo de gestão local de risco exige um exame profundo da realidade local, identificação das ameaças e vulnerabilidades que existem no local, visando à redução de risco – é fato que para reduzirmos os riscos de desastres, devemos aumentar a percepção de risco da comunidade.

Neste sentido, se houver a participação da comunidade, na gestão local de risco, haverá uma redução da vulnerabilidade, logo, risco é a relação existente entre a probabilidade de que uma ameaça de evento adverso ou acidentes determinados se concretize, com o grau de vulnerabilidade do sistema receptor a seus efeitos, portanto, se reduzirmos a vulnerabilidade do cenário através da participação da comunidade, reduziremos os riscos, logo a participação da comunidade reduz riscos; é relacionar a participação da comunidade na gestão de riscos, com a redução de desastres; apresentar a iniciativa da participação da comunidade no gerenciamento de risco no nível local.

O processo de interação da comunidade com a Defesa Civil, no Brasil praticamente inexistente fazendo com que a participação da população no Sistema Nacional de Defesa Civil, seja nula ou extremamente deficitária, o mesmo acontece nas esferas municipais, estaduais e federais assim como falta comprometimento desses responsáveis com o SINDEC. A mudança dessas situações trará como consequência uma efetiva participação da população na gestão local de risco, pois partindo dessa avaliação e sabendo que o processo de mudança cultural é mais lento.

Também, em virtude de não existirem grandes desastres que despertem a sensibilidade da população, entendeu-se que o caminho mais curto para alterar este quadro é o incentivo àqueles estados e municípios que criam quadros permanentes de funcionários de Defesa Civil, com ampla divulgação dentro do SINDEC, objetivando criar a necessidade de organização.

Da mesma forma o incentivo da criação dos fundos estaduais e municipais de defesa civil, embora tenhamos conhecimento que isto já seja corrente nas ações da Secretaria Nacional de Defesa Civil.

É fato que o processo de interação da comunidade está diretamente ligado à própria valorização que os municípios dão ao SINDEC. Se esse for organizado, possuir COMDEC ativa, mantendo reuniões freqüentes e desenvolvendo projetos, os quais servem para a própria motivação da Comissão Municipal, a comunidade se envolverá e responderá, caso contrário o Sistema está fadado a permanecer engatinhando, com poucos lutando para mantê-lo vivo, com grandes possibilidades de haver uma desestruturação em médio prazo.

Lembrando que isso perpetua um processo de manutenção e destinação de recursos para a reconstrução, enquanto permanecemos com danos humanos, ambientais e materiais, causando dor e prejuízos e impedindo um melhor desenvolvimento do país o que colabora para o aumento do risco global, pois são as ações locais que alteram o cenário global.

Não há um comprometimento dos chefes dos executivos locais, lembrando que esses, são oriundos da mesma comunidade, sem cultura de prevenção de risco, logo essa participação da comunidade é pouco representativa. Por estes motivos, a mudança cultural deve continuar sendo o foco do SINDEC, objetivando atingir o objetivo geral da Defesa Civil que é a redução de desastres.

Que o SINDEC eleja um ou mais municípios por estado para implantar a participação conjunta com os agentes comunitários de saúde e saúde da família com a finalidade de se instalar um projeto piloto, para que, a partir destes estudos se possa definir uma estratégia correta, que alcance os objetivos de integrar as ações do Ministério da Saúde, com o Ministério da Integração Nacional, para que possa servir para apontar um caminho para o SINDEC, qual seja, a participação dos agentes comunitários de saúde nas diversas ações de Defesa Civil, isso em muito contribuirá para facilitar o desenvolvimento das metas e objetivos do Sistema, ou seja de reduzir as conseqüências (danos e prejuízos) dos desastres e não adiantará

desenvolver um Sistema com tecnologia se não houver um debate e participação efetiva da comunidade na gestão local de risco. Portanto a participação dos agentes comunitários de saúde na gestão de riscos de desastres é fator primordial na redução dos riscos.

Com esta pesquisa acredita-se estar contribuindo com uma proposta inovadora, para solucionar duas das mais importantes demandas do Sistema Nacional de Defesa Civil – SINDEC.

A obtenção de dados e informações pormenorizadas de todos os municípios do país e de suas micro-regiões, e tornar efetiva e funcional a presença da Defesa Civil em todos os municípios brasileiros.

Deve-se ponderar, portanto, que a capacitação dos profissionais envolvidos, em especial os “Agentes Comunitários de Saúde”, e saúde da família é essencial para que se viabilize a integração proposta entre o Ministério da Integração Nacional e Ministério da Saúde, objetivando a minimização dos desastres bem como a redução de situações que possam provocar ou intensificar os agravos à saúde, respeitando-se a realidade de cada município e ou segmento populacional.

Assim a capacitação efetiva e permanente dos agentes comunitários de saúde, visando a obtenção de dados e informações imprescindíveis para defesa civil, e o treinamento específico, para atuar nas várias etapas das ações da defesa civil em situações de desastres, ou seja: prevenção de desastres; preparação para emergências e desastres, resposta e reconstrução, é imperioso para ampliar de forma significativa a capacidade de ação da defesa civil, garantindo melhor qualidade de vida ao cidadão brasileiro, em cada um dos municípios brasileiros.

Através desta monografia foi possível refletir sobre questões da defesa civil no Brasil e em especial nos municípios brasileiros, demonstrando a necessidade premente de implantar todos os esforços, para atender as demandas crescentes da população que a cada ano amplia as possibilidades de desastres, devido, especialmente, ao irresponsável crescimento populacional e a ocupação

indiscriminada de áreas de risco nos municípios brasileiros, evidenciando que os planos diretores municipais, não são respeitados e não respeitam a capacidade de ocupação das áreas de abrangência dos mesmos.

A proposta inicial para esta pesquisa que era propor ações e medidas necessárias para integração das ações dos Ministérios da Integração Nacional e Ministério da Saúde, visando ampliar a capacidade de ação da defesa civil aos municípios brasileiros, foi alcançada de forma parcial, devido a alguns fatores.

É uma proposta inovadora, e por assim ser, temos poucas informações para embasá-la, porém quando estudamos as diretrizes do Sistema Nacional de Defesa Civil e Sistema Único de Saúde, observam-se grandes convergências entre os dois sistemas, ou seja, a prevenção e mitigação de desastres e na prevenção e mitigação de doenças ou endemias na área da saúde respectivamente.

A total falta de literatura disponível que trate da integração de ações entre esses dois Ministérios, é outro fator que dificultou a elaboração desta monografia; porém o início desta discussão pode trazer grandes benefícios ao cidadão brasileiro, pois a análise e estudo do Sistema Único de Saúde – SUS – e Sistema Nacional de Defesa Civil – SINDEC, permite – vislumbrar a viabilidade de realização de ações conjuntas com grandes benefícios para ambos.

O estudo destas legislações, bem como da Constituição Federal, salienta a conclusão que a proposta presente nesta pesquisa é de sobremaneira oportuno, especialmente quando se observa a grande distância ao que determina a política nacional de defesa civil na maioria dos municípios brasileiros.

Foi proporcionado com esta pesquisa identificar algumas deficiências no Sistema Nacional de Defesa Civil-SINDEC, pois apesar de possuir em sua organização hierárquica comissões municipais de defesa civil – COMDEC'S, elas ainda não estão instrumentalizadas para promover as ações de mitigação de desastres, como preconiza a política nacional de defesa civil.

Ao propor nos objetivos específicos no projeto do presente trabalho científico: estratégias e ou medidas necessárias para integrar as ações dos programas de agentes comunitários de saúde e saúde da família/SUS, às ações de defesa civil, através de:

1. Avaliar e propor possíveis adequações dos programas de agentes comunitários de saúde e saúde familiar/SUS, às necessidades da defesa civil;
2. Avaliar possíveis alterações da estrutura organizacional dos COMDEC'S para facilitar a obtenção de dados e informações do PAES/PSF-SUS;
3. Propor estratégias educativas para capacitação inicial e permanente dos profissionais dos PACS/PSF – SUS, visando atender as demandas da defesa civil relativas à prevenção e minimização de desastres;
4. Ampliar o banco de dados e informações de defesa civil, para possibilitar maior eficiência e eficácia nas ações de prevenção e minimização de desastres;
5. Propor o desenvolvimento de estudos e pesquisas que ampliem o conhecimento sobre riscos de desastres nas comunidades;
6. Prever a participação da população e contratação dos meios de comunicação para campanhas sobre prevenção e minimização de desastres.

Propõem-se, com este estudo, sensibilizar os gestores do Ministério da Integração Nacional e Ministério da Saúde, para a formalização de grupos de estudo com integrantes dos dois ministérios para avaliar a possibilidade de integrar ações objetivando a mitigação de desastres enfatizando que a formação de especialistas em defesa civil, com uma missão multidisciplinar, como ocorre neste curso de especialização. Isto possibilitará a formação de grupos de estudo especializados para discussão desta proposta, bem como tornar-se agentes de capacitação dos

agentes comunitários de saúde, sendo esta proposta considerada para a melhoria da capacidade de ação da defesa civil.

A implantação da capacidade de ação da defesa civil no Brasil se faz urgente, devido a crescente complexibilidade da sociedade brasileira, em especial considerando a forma imprudente como ela se multiplica e ocupa os espaços urbanos e rurais.

5 REFERÊNCIAS

BASTOS, L. G. C. **Trabalho em equipe em atenção primária à saúde e o Programa Saúde da Família**. 2003. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.

BRASIL. **Decreto Nº. 895**, de 16 de Agosto 1993. Sistema Nacional de Defesa Civil, SINDEC.

BRASIL. **Decreto Nº. 1080**, de 8 de março de 1994. Ministério da Integração Nacional. Secretaria Nacional de Defesa Civil. FUNCAP. Apostila sobre implantação e operacionalização de COMDEC. 2ª ed. Brasília 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação da implantação do programa de saúde da família em dez grandes centros urbanos**. Síntese dos principais resultados. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Avaliação normativa do programa saúde da família no Brasil. Brasília, 2004.

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. 2 ed. Sistema de informações da atenção básica indicadores 1999. Brasília, 2000.

_____. Conselho Nacional de Saúde. O Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde, avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes. 2ª ed. Atual – Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Integração Nacional/Secretaria Nacional de Defesa Civil. Política nacional de defesa civil. Brasília, 2000.

_____. Segurança global da população. Brasília, 2000

_____. Glossário de defesa civil, estudo de riscos e medicina de desastres. Brasília, 2004.

_____. Manual de medicina de desastres. vol. I, 2º Ed. Brasília, 2002.

_____. Manual de desastres – desastres humanos: I II e III parte. Brasília, 2004.

_____. Manual de Desastres – Desastres Mistos. Brasília 2004.

_____. 2 ed. vol. 1. Manual de desastres - desastres naturais. In. MARCONDES,

Clodomir Ramos (cel.). Brasília, 2004.

_____. Manual de planejamento em defesa civil. Volume I, II, III, IV. Brasília, 2004.

BRASIL. Portaria nº. 1886/GM - 18-12-1997. Normas e diretrizes dos programas agentes comunitários de saúde e saúde da família.

BRASIL. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde – Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Perfil de competências profissionais do Agente Comunitário de Saúde (ACS). Brasília 2003.

_____. Perfil de competência profissionais do agente comunitário de saúde. Brasília: ACS. 20/10/2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. A atuação do pessoal local de saúde e da comunidade frente aos desastres naturais. Genebra, 1989. PAIM, J. S. A investigação em sistemas e serviços de Saúde. In: PAIM, J. S. Saúde política e reforma sanitária. Salvador: CEPS/ISC, 2002. p. 435-44.

PEDROSA, J. I. S.; TELES, J. B. M. Consenso e diferenças em equipes do Programa de Saúde da Família. Ver. Saúde Pública, v. 35, n.3,p. 303-11,2001.

REVISTA BRASILEIRA DE SAÚDE DA FAMÍLIA – Ano II nº. 5 – maio/2002.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. Estratégia de saúde e agentes comunitários de saúde/PACS, 2004.

PARANÁ. Capacitação em defesa civil – prevenção e redução de desastres.

UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SÃO PAULO. Interface – Comunicação, saúde, educação/fundação. v. 9, nº 16 – set. 2004 / fev. 2005 – Botucatu: Fundação Uni/Unesp.

MAURICIO SCHMIDT ESPÍNDOLA - Capitão Corpo de Bombeiros –Monografia –

ANEXOS

ANEXO A

CLASSIFICAÇÃO DOS DESASTRES

Introdução

Os desastres são classificados quanto:

-intensidade;

-evolução;

- origem;

Classificação dos Desastres Quanto à Intensidade

Quanto à intensidade, os desastres são classificados em 4 níveis:

- nível I, desastres de pequena intensidade (porte) ou acidente;

- nível II, desastres de média intensidade (ou porte);

- nível III, desastres de grande intensidade (ou porte);

- nível IV - no Brasil, os desastres de nível IV são muito pouco freqüentes.

Desastres de Nível I

Os desastres de pequena intensidade ou acidentes são caracterizados quando os danos causados são pouco importantes e os prejuízos são pouco

vultosos e, por estes motivos, são mais facilmente suportáveis e superáveis pelas comunidades afetadas.

Nestas condições, a situação de normalidade é facilmente restabelecida com os recursos existentes e disponíveis na área (município) afetada e sem necessidade de grandes mobilizações.

Desastres de Nível II

Os desastres de intensidade média são caracterizados quando os danos causados são de alguma importância e os prejuízos, embora não sejam vultosos, são significativos. Apesar disto, estes desastres são suportáveis e superáveis por comunidades bem informadas, preparadas, participativas e facilmente mobilizáveis.

Nestas condições, a situação de normalidade pode ser restabelecida com os recursos existentes e disponíveis na área (município), desde que sejam racionalmente mobilizados e judiciosamente utilizados.

Desastres de Nível III

Os desastres de grande intensidade são caracterizados quando os danos causados são importantes e os prejuízos são vultosos.

Apesar disto, estes desastres suportáveis por comunidades bem informadas, preparadas, participativas e facilmente mobilizáveis. Nestas condições, a situação de normalidade pode ser restabelecida, desde que os recursos mobilizados na área (município) afetada sejam reforçados com o aporte de recursos estaduais e federais já disponíveis.

Desastres de Nível IV

Os desastres de grande intensidade são caracterizados quando os danos causados são muito importantes e graves e os prejuízos são muito vultosos e consideráveis. Nestas condições, estes desastres não são superáveis pelas

comunidades, mesmo que bem informadas, preparadas, participativas e facilmente mobilizáveis, e menos que recebam ajuda (substancial) de fora da área afetada.

Nestas condições, o restabelecimento d situação de normalidade depende da mobilização e da ação coordenada dos três níveis do Sistema Nacional de Defesa Civil e, em alguns casos, de ajuda internacional.

Classificação dos Desastres Quanto à Origem

Quanto à origem ou causa primária, os desastres são classificadas em:

- Naturais;
- Humanos ou antropogênicos;
- Mistos.

Desastres Naturais

São aqueles provocados por fenômenos ou desequilíbrios da natureza.

São produzidos por fenômenos de origem externa que atuam independentemente da ação humana.

Esses desastres podem ser classificados em desastre naturais:

- de origem sideral, provocados pelo impacto de corpos siderais ou meteoritos sobre a superfície da terra;
- relacionados com a geodinâmica terrestre externa, ou seja, os provocados por fenômenos atmosféricos, como vendavais, inundações, secas e outros;

- relacionados com a geodinâmica terrestre interna, ou seja, os provocados por vulcanismo, tectonismo (terremotos) e pela erosão e intemperismo (escorregamentos de solos);
- relacionadas com desequilíbrios na biocenose, como pragas animais e vegetais.

Desastres Humanos ou Antropogênicos

São aqueles provocados por ações ou omissões humanas. Relacionam-se com o próprio homem, enquanto agente e autor. Por isso, são produzidos por fatores de origem interna.

Normalmente estes desastres são consequência de: ações desajustadas geradoras de desequilíbrios sócio-econômicos e políticos entre os homens: profundas e prejudiciais alterações de seu ambiente ecológico.

Esses desastres podem ser classificados em desastres humanos de natureza tecnológica, consequências indesejáveis do desenvolvimento tecnológico e industrial, sem preocupação com a segurança contra sinistros. Também se relacionam com o intenso incremento demográfico das cidades, sem o correspondente desenvolvimento de uma infra-estrutura compatível de serviços básicos e essenciais, como desastres com meios de transporte, com produtos perigosos, incêndios e explosões;

- sociais consequências de desequilíbrios no inter-relacionamento humano e de um relacionamento desarmônico com os ecossistemas naturais e os modificados pelo homem, como fome e desnutrição;
- biológicas consequências de deficiências nos órgãos promotores da saúde pública, muitas vezes agravadas pelo pauperismo e pelo subdesenvolvimento, como a malária, cólera, SIDA/AIDS e outras.
-

Desastres Mistos

São os que ocorrem quando ações e omissões humanas contribuem para intensificar, complicar e agravar fenômenos naturais. Caracterizam-se, também, quando fenômenos adversos de origem natural provocam desastres, por atuarem em ambientes alterados e degradados pelo homem.

Estes desastres podem ser classificados em desastres mistos relacionados com a:

- geodinâmica terrestre externa, como a redução da camada de ozônio, o efeito estufa, a chuva ácida e a intensificação da poluição do ar relacionada com as camadas de inversão térmica;
- geodinâmica terrestre interna, como a sismicidade induzida, a desertificação e a salinização do solo.

Quadro Nº. 1 - Sistematização da Codificação Alfabética e Numérica dos Desastres Naturais Quanto à Natureza ou à Causa Primária

Classificação	Alfabético	Numérico
Desastres Naturais	CODAR-N	CODAR-1
Desastres Naturais de Origem Sideral	CODAR-NS	CODAR-11
Desastres Naturais Relacionados com Geodinâmica Terrestre Externa	CODAR-NE	DODAR-12
Desastres Naturais Relacionados com Geodinâmica Terrestre Interna	CODAR-NI	CODAR-13
Desastres Naturais Relacionados com Desequilíbrio da Biogênese	CODAR-N	CODAR-14
CODAR		

Quadro Nº. 2 - Sistematizações da Codificação Alfabética e Numérica dos Desastres Humanos ou antropogênicos Quanto à Natureza ou à Causa Primária

Classificação	Alfabético	Numérico
Desastres Humanos	CODAR-H	CODAR-2
Desastres Humanos de Natureza tecnológica	CODAR-HT	CODAR-21
Desastres Humanos de Natureza Social	CODAR-HS	CODAR-22
Desastres Humanos de Natureza Biológica	CODAR-HB	CODAR-23
CODAR		

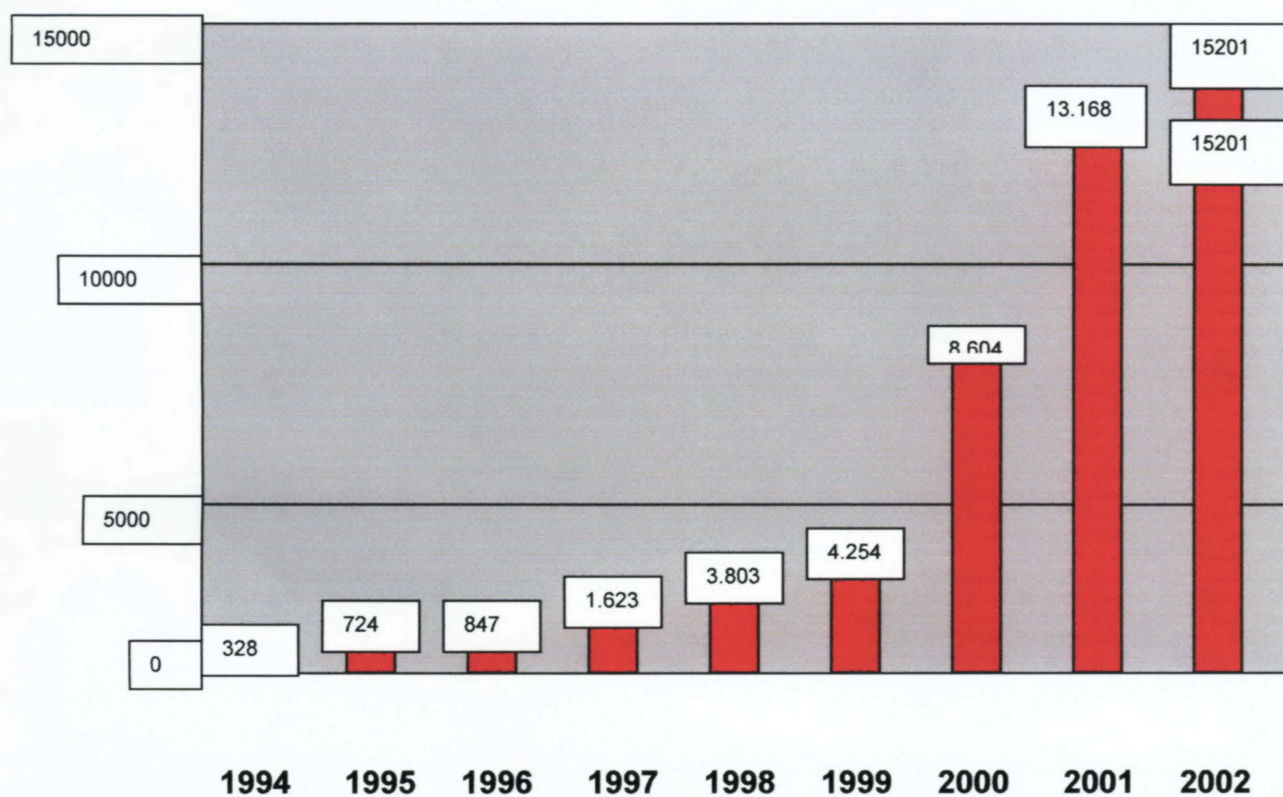
Quadro Nº. 3 - Sistematizações da Codificação Alfabética e Numérica dos Desastres Mistos Quanto a Natureza ou à Causa Primária

Classificação	Alfabético	Numérico
Desastres Mistos	CODAR-M	CODAR-3
Desastres Mistos Relacionados com a geodinâmica Terrestre Externa	CODAR-ME	CODAR-31
Desastres Mistos Relacionados com a geodinâmica Terrestre Interna	CODAR-MI	CODAR-32
CODAR		

ANEXO B

Gráfico 1 - Evolução do Número de Equipes de Saúde da Família Implantadas

(Brasil, 1994 – maio / 2002)



Fontes: Até julho/01 – Sistema de Captação de Dados SUS

CAPSI; a partir de agosto/01 – Sistema de Informações da Atenção Básica

ANEXO C

Lei n. 10.507 de 10.07.02

Cria a Profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º- Fica criada a profissão de Agente Comunitário de Saúde, nos termos desta Lei.

Parágrafo Único: O exercício da profissão de Agente Comunitário de Saúde dar-se-á exclusivamente no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

Art. 2º- A profissão de Agente Comunitário de Saúde e a caracteriza-se pelo exercício de atividade de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor local deste.

Art. 3º- O Agente Comunitário de Saúde deverá preencher os seguintes requisitos para o exercício da profissão:

- I- residir na área da comunidade em que atuar;**
- II- haver concluído com aproveitamento o curso de qualificação básica para a formação de Agente Comunitário de Saúde;**

III- haver concluído o ensino fundamental.

§ 1º - Os que na data de publicação desta Lei exerçam atividades próprias de Agente Comunitário de Saúde, na forma do art. 2º, ficam dispensados do requisito a que se refere o inciso III deste artigo, sem prejuízo do disposto no § 2º.

§ 2º- Caberá ao Ministério da Saúde estabelecer o conteúdo programático do curso de que trata o inciso II deste artigo, bem como dos módulos necessários à adaptação da formação curricular dos Agentes mencionados no § 1º.

Art. 4º- O Agente Comunitário de Saúde prestará os seus serviços ao gestor local do SUS, mediante vínculo direto ou indireto.

Parágrafo Único. Caberá ao Ministério da Saúde a regulamentação dos serviços de que trata o caput.

Art. 5º- O disposto nesta Lei não se aplica ao trabalho voluntário.

Art. 6º- Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 10 de julho de 2002. 181º da Independência e 114º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

Presidente da República Federativa do Brasil